ECN intensif



Collection sous la direction de
Pierre Seners et Clément Cholet

Hépato-gastroentérologie

Louis de Mestier
Cindy Neuzillet

Validé par la Collégiale des universitaires en hépato-gastroentérologie



ENTRAÎNEMENT

- Questions isolées
- Dossiers progressifs
- TCS
- Fiches de synthèse
- + Dossiers progressifs en ligne



Hépato-gastroentérologie



Chez le même éditeur

Dans la même collection

ORL, par Diane Evrard et Vincent Trevillot, validé par le Collège français d'ORL et de chirurgie cervico-faciale, 2014, 288 pages.

Médecine physique et réadaptation, par l'AJMER, validé par le Collège français de médecine physique et de réadaptation, 2014, 288 pages.

Urologie par le Collège français d'urologie, 2014, 288 pages.

Dans la collection Les Référentiels des collèges

Anatomie pathologique, par le Collège français des pathologistes (CoPath), 2013, 416 pages.

Cardiologie, par le Collège national des enseignants de cardiologie – Société française de cardiologie (CNEC-SFC), 2e édition, 2014, 464 pages.

Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, par le Collège hospitalo-universitaire français de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, 3e édition, 2014, 272 pages.

Dermatologie, par le Collège des enseignants en dermatologie de France (CEDEF), 6e édition, 2014, 528 pages.

Gériatrie, par le Collège national des enseignants de gériatrie (CNEG), 3e édition, 2014, 272 pages.

Gynécologie – Obstétrique, par le CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français), 3e édition, à paraître.

Handicap – Incapacité – Dépendance – Module 4, par le Collège français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation, 4e édition, 2012, 188 pages.

Hématologie, par la Société française d'hématologie, 2e édition, 2014, 448 pages.

Hépato-gastroentérologie, par la Collégiale des universitaires en hépato-gastro-entérologie (CDU-HGE), 2012, 496 pages.

Imagerie médicale – Radiologie et médecine nucléaire, par le CERF (Collège des enseignants de radiologie de France) et le Collège national des enseignants de biophysique et de médecine nucléaire (CNEBMN), 2e édition, à paraître.

Neurologie, par le Collège français des enseignants en neurologie (CEN), 3e édition, 2012, 464 pages.

Ophtalmologie, par le Collège des ophtalmologistes universitaires de France (COUF), 2e édition, 2013, 304 pages.

ORL, par le Collège français d'ORL et de chirurgie cervico-faciale, 3e édition, 2014, 392 pages.

Parasitoses et mycoses des régions tempérées et tropicales, par l'Association française des enseignants de parasitologie et mycologie (ANOFEL), 3e édition, 2013, 504 pages.

Pédiatrie, par le Collège national des professeurs de pédiatrie, A. Bourrillon, G. Benoist, Collège national des professeurs de pédiatrie, 6e édition, 2014, 880 pages.

Réanimation et urgences, par le Collège national des enseignants de réanimation (CNER), 4e édition, 2012, 676 pages.

Rhumatologie, par le COFER (Collège français des enseignants en rhumatologie), 5e édition, 2014, 560 pages.

Santé publique, par le Collège universitaire des enseignants de santé publique (CUESP), 2013, 336 pages.

Urologie, par le Collège universitaire de France (CFU), 2013, 408 pages.

ECN Intensif

Sous la direction de

Clément Cholet

Interne en radiologie, Paris

Pierre Seners

Interne en neurologie, Paris

Hépato-gastroentérologie

Louis de Mestier

Interne en hépato-gastroentérologie, Reims

Cindy Neuzillet

Ancienne interne en hépato-gastroentérologie et chef de clinique en oncologie médicale, Paris

Validé par la Collégiale des Universitaires
en Hépato-Gastroentérologie

Préface de Philippe Marteau, président de la CDU-HGE



ELSEVIER
MASSON





ISBN : 978-2-294-72481-7
e-ISBN : 978-2-294-73855-5

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex
www.elsevier-masson.fr



L'esprit de la collection *ECNintensif*

Chers étudiants,

Le mode de validation des ECN a changé (BO du 16 mai 2013) : dans ce contexte, cette nouvelle collection *ECNintensif*, que nous sommes heureux de vous présenter, met à votre disposition toute une batterie d'entraînements variés, conformes au programme du DFASM et aux nouvelles épreuves ECNi : dossiers progressifs, également en ligne, pour vous tester dans les conditions réelles, questions isolées QCM ou QROC, et, selon les ouvrages, TCS ou LCA.

Nous avons conçu ces livres comme un outil de travail essentiel et complet pour vos révisions, en nous inspirant de nos attentes lorsque nous étions à votre place. Nous avons voulu créer des ouvrages dont nous rêvions à cette époque.

La préparation aux ECN est une épreuve longue et angoissante. La masse de connaissances à acquérir est énorme et son apprentissage est un défi. Le temps est difficile à gérer : malgré les deux années de préparation dont on dispose, et tout passe toujours trop vite. Enfin, le choix parmi les ouvrages proposés est difficile. Qui n'a pas hésité une heure, voire plus, dans une librairie médicale spécialisée, entre différents ouvrages plus alléchants les uns que les autres, pour au final toujours se demander si l'on a fait le bon choix ? La qualité et la validité de l'information procurée sont au centre de vos préoccupations, nous le savons.

C'est pourquoi nous avons voulu vous transmettre d'une part l'expérience de jeunes internes brillants, encore formatés au concours et qui ont su s'adapter pour vous aux nouveaux types de questions, et d'autre part le point de vue et la caution des collèges de spécialité, afin de vous procurer de solides informations.

Les ouvrages de cette nouvelle collection sont tous relus et validés par les enseignants de la spécialité concernée, vous offrant ainsi des contenus solides et de qualité afin que vous soyez certains de vous entraîner de façon efficace et utile pour les ECN.

Au-delà des exercices proposés, ces ouvrages allient la précision des corrections aux fiches de synthèse qui vous permettent de revoir rapidement les points essentiels des items abordés au fur et à mesure de votre entraînement.

L'étudiant se préparant au concours est un sportif de haut niveau. Au même titre que l'apprentissage de cours, nous sommes convaincus que l'entraînement répété est une des clés essentielles de la réussite, car il permet d'améliorer son score, son temps, son classement.

Vous serez les premiers à découvrir le nouvel ECN : dans cette collection, comme vous le constaterez, qui se démarque des autres collections d'entraînements existantes par le label des collèges, gage de la qualité des contenus et par la diversité des exercices, conformes au programme et aux épreuves des ECN 2016, toutes les conditions sont réunies pour que vous soyez le mieux préparé possible.

Votre succès est l'objectif de notre travail.

Bonne chance.

Clément Cholet & Pierre Seners

This page intentionally left blank



Table des matières

This page intentionally left blank



Abréviations

Ac	anticorps
ACE	antigène carcino-embryonnaire
ACSOS	agression cérébrale secondaire d'origine systémique
ACTH	adrenocorticotrophic hormone
ADH	*antidiuretic hormone* ou hormone antidiurétique
ADK	adénocarcinome
ADN	acide désoxyribonucléique
AINS	anti-inflammatoire non stéroïdien
AJCC	*American Joint Committee on Cancer*
ALAT	alanine aminotransférase
ANCA	anticorps anticytoplasme des polynucléaires neutrophiles
AOMI	artériopathie oblitérante des membres inférieur
ASAT	aspartate aminotransférase
ASCA	anticorps anti-*Saccharomyces cerevisiae*
ASP	abdomen sans préparation
BHC	barrière hémato-encéphalique
BK	bacille de Koch
BMI	body mass index
BPCO	bronchopneumopathie chronique obstructive
CCMH	concentration corpusculaire moyenne en hémoglobine
CHC	carcinome hépatocellulaire
CMV	cytomégalovirus
CPRE	cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique
CRP	*C-reactive protein*
CSP	cholangite sclérosante primitive
Cs-Tf	coefficient de saturation de la transferrine
EBO	endobrachyœsophage
ECBU	examen cytobactériologique des urines
ECG	électrocardiogramme
EH	encéphalopathie hépatique
ELISA	*enzyme-linked immunosorbent assay*
EOGD	endoscopie œsogastroduodénale
EPO	érythropoïétine
FC	fréquence cardiaque
FEVG	fraction d'éjection ventriculaire gauche
FR	fréquence respiratoire
FV	fréquence ventilatoire
GB	globule blanc
GGT	gammaglutamyl transférases
GR-Rh	groupe Rhésus
HAA	hépatite alcoolique aiguë
HAS	Haute Autorité de santé
Hb	hémoglobine
HD	hiatus diaphragmatique
HPV	human papillomavirus
HNPCC	*hereditary non polyposis colorectal cancer*
HSV	*herpes simplex virus*

HTA	hypertension artérielle
HTP	hypertension portale
IDR	intradermoréaction
IFN	interféron
IHA	insuffisante hépatique aiguë
IM	(voie) intramusculaire
IMC	indice de masse corporelle
INR	*international normalized ratio*
IPE	insuffisance pancréatique exocrine
IPP	inhibiteur de la pompe à protons
IRM	image par résonance magnétique
ISA	insuffisance surrénale aiguë
IST	infection sexuellement transmissible
IV	(voie) intraveineuse
LDH	lactate déshydrogénase
MICI	maladie inflammatoire chronique de l'intestin
MMR	*MisMatch Repair*
MNA	*mini nutritional assessment*
NASH	*non alcoolic steato hepatitis*
NEM	néoplasie endocrinienne multiple
NFS	numération formule sanguine
OH	alcool
PA	pancréatite aiguë
PA	paquet-année
PA	pression artérielle
PAL	phophastases alcalines
pANCA	ANCA périnucléaire
PBH	ponction-biopsie hépatique
PCC	pancréatite chronique calcifiante
PEG	polyéthylène glycol
PIG	passage intragastrique
PK	pseudo-kyste
PNN	polynucléaire neutrophile
PO	*per os*
PTHrp	*parathyroid hormone-related protein*
RAI	recherche d'agglutinines irrégulières
RCH	rectocolite hémorragique
RGO	reflux gastro-œsophagien
RVO	rupture des varices œsophagiennes
SZE	syndrome de Zollinger-Ellison
TA	tension artérielle
TCA	temps de céphaline activée
TDM	tomodensitométrie
TIAC	toxi-infection alimentaire collective
TFI	troubles fonctionnels intestinaux
TH	transplantation hépatique
TIPMS	tumeurs intracanalaires papillaires et mucineuses du pancréas
TIPS	transjugular portosystemic intrahepatic shunt
TNF	*tumor necrosis factor*
TNM	*tumor node metastasis*
TP	taux de prothrombine

TPHA *treponema pallidum hemagglutinations assay*
TSH-us TSH-ultrasensible
UGD ulcère gastroduodénal
UICC Union internationale contre le cancer
VDRL *venereal disease research laboratory*
VGM volume globulaire moyen
VHA virus de l'hépatite A
VHB virus de l'hépatite B
VHC virus de l'hépatite C
VHD virus de l'hépatite D
VIH virus de l'immunodéficience humaine
VS vitesse sédimentaire

This page intentionally left blank

Préface

Depuis des générations, la collaboration entre les internes hépato-gastroentérologues, chefs de clinique, nouveaux conférenciers d'internat et les membres de la Collégiale des Enseignants, seniors s'est avérée la meilleure symbiose pour faire de bonnes questions d'internat et former au mieux les jeunes aux épreuves de fin d'études dont le résultat aura une forte influence sur leur carrière.

La diversité des acteurs qui ont concouru à cet ouvrage en garantit la bonne représentativité et une protection contre des opinions minoritaires. Les outils d'évaluation ont été actualisés et tiennent compte des réformes pédagogiques lancées auxquelles il faut vite savoir s'adapter pour le concours.

Les enseignants de la Collégiale en Hépato-Gastroentérologie ont eu beaucoup de plaisir à participer à ce travail de jeunes dont le dynamisme, la motivation et les compétences méritent d'être soulignés.

Avec ce bel outil, nous vous souhaitons un bon travail.

Pr Philippe MARTEAU

Président de la Collégiale des Universitaires en Hépato-Gastroentérologie

Remerciements

L'hépato-gastroentérologie est une spécialité polyvalente regroupant (notamment) l'hépatologie, les maladies inflammatoires chroniques du tube digestif, la cancérologie digestive, la pancréatologie, la nutrition, l'endoscopie et la proctologie. Elle est à la fois médicale et technique (endoscopie interventionnelle, proctologie) et s'inscrit dans une logique pluridisciplinaire de prise en charge, en interaction avec les autres spécialités (en particulier radiologie, anatomopathologie, chirurgie).

Son enseignement doit s'adapter aux nouvelles contraintes d'évaluation de fin de deuxième cycle des études médicales (ECNi). Les principaux changements concernent la restitution des connaissances et ont été pris en compte dans l'élaboration de cet ouvrage. En revanche, l'ECNi modifie peu les principes fondamentaux de l'apprentissage de l'hépato-gastroentérologie, fondé sur l'acquisition de connaissances théoriques (anatomie, physiologie, physiopathologie, sémiologie) et surtout sur l'expérience clinique, au lit du malade.

Nous espérons que vous apprécierez apprendre l'hépato-gastroentérologie au travers de cet ouvrage autant que nous avons pris plaisir à l'écrire, et qu'il fera naître des vocations pour cette spécialité.

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui nous ont soutenus dans la rédaction de cet ouvrage, en particulier le Pr Pascal Hammel et le Pr Philippe Marteau qui nous ont aidés dans chacune des étapes, de la conception à la relecture.

Nous remercions tous les relecteurs qui ont contribué par leur participation à l'amélioration de cet ouvrage :

- Pr Guillaume Cadiot (Reims)
- Pr Xavier Dray (Paris)
- Pr Philippe Ducrotté (Rouen)
- Dr Florent Ehrhard (Reims)
- Pr Pascal Hammel (Clichy)
- Pr Philippe Levy (Clichy)
- Dr Alexandre Louvet (Lille)
- Dr Georgia Malamut (Paris)
- Pr Philippe Marteau (Paris)
- Pr Emmanuel Mitry (Saint-Cloud)
- Dr Pierre Nahon (Bondy)
- Pr Thierry Piche (Nice)
- Dr Harry Sokol (Paris)
- Pr Gérard Thiéfin (Reims)
- Pr Dominique Valla (Clichy)
- Dr Véronique Vitton (Marseille)

Louis de Mestier & Cindy Neuzillet

This page intentionally left blank

NOTE AU LECTEUR SUR LES BARÈMES ET LE PRINCIPE RETENU DANS L'OUVRAGE : **DOSSIERS CLINIQUES**

• *Questions sous forme de QRM :*

Aux ECNi, le score des questions à réponses multiples est fondé sur le nombre de discordances entre les réponses de l'étudiant et la grille de correction.
Une discordance (un item attendu n'a pas été coché, ou un item non attendu a été coché)
Les questions peuvent proposer de 5 à 8 items. Pour une QRM comportant 5 items et notée sur 10 points :
- en l'absence de discordance, l'étudiant a la note maximale (donc 10 points),
- dans le cas d'1 discordance, la note est divisée par 2 (elle passe donc de 10 points à 5 points),
- dans le cas de 2 discordances, la note est divisée par 5 (elle passe donc de 10 points à 2 points).

Dans le cas de 3 discordances ou plus, la note est de zéro. En l'absence de réponse, la note est de zéro.
Notez que sur un support papier, les dossiers peuvent apparaître moins «progressifs» qu'ils ne le seront le jour des ECNi.
Ce barème peut être modifié selon les mêmes Principes pour des questions à plus de 5 items.

• *Questions sous forme de QROC :*

Le nombre de points fonctionne par mots-clés trouvés.
Une réponse peut être indispensable (PMZ) ou inacceptable (SMZ). En cas d'erreur sur cet item cela entraîne un zéro à la question. Aux ECNi le nombre de mots attendus aux QROC ne dépassera pas 2–3. Dans cet ouvrage, ce nombre est fréquemment dépassé pour des raisons pédagogiques.
Dans le cadre des ouvrages de la collection *ECNintensif*, nous avons noté chaque dossier progressif sur 100 points. Pour s'autoévaluer, il faut appliquer les règles mentionnées ci-dessus. Les dossiers sont accessibles en ligne également et permettent un calcul automatique des scores aux QRM.

TCS

Exemple d'établissement des scores à partir d'un panel de 10 experts.
À l'heure de l'édition de cet ouvrage, le modèle de notation exact des TCS n'est pas encore consensuel, l'étudiant pourra consulter les textes officiels qui paraitront à l'avenir pour pouvoir bénéficier de la méthode exacte de notation.

	-2	-1	0	+1	+2	Commentaires
Nombre de réponses parmi les membres du panel	0	0	5	4	1	Identifier la réponse la plus choisie (ici la valeur 0)
Mécanisme de création des scores	0	0	5/5	4/5	1/5	Division par le nombre de membres ayant donné la réponse la plus choisie (5 ici)
Crédit pour l'item	0	0	1	0,8	0,2	Points obtenus par l'étudiant pour cet item



Énoncés

This page intentionally left blank

CHAPITRE

1

Cas cliniques[1]

QCM

Cas clinique 1 – QCM +

Vous êtes chargé de mettre au point une campagne de dépistage de masse du cancer colorectal dans votre département.

Question 1

Concernant l'épidémiologie du cancer colorectal en France, quelles sont les affirmations vraies :

A il s'agit du 3e cancer digestif en incidence
B il s'agit de la 3e cause de mortalité par cancer
C son incidence est en diminution comme dans les autres pays occidentaux
D s'il est diagnostiqué à un stade précoce, il est curable dans la majorité des cas
E ce cancer s'intègre dans une forme familiale dans 15 % des cas
F c'est le premier cancer digestif en fréquence

Question 2

Quel(s) est(sont) le(s) critère(s) auquel(auxquels) doit répondre un bon test de dépistage :

A doit être avant tout sensible
B doit être avant tout spécifique
C doit avoir une bonne valeur prédictive négative
D peut être un examen invasif comportant un risque pour les sujets qui s'y soumettent
E doit être réalisé par au moins 90 % de la population pour avoir un impact sur la mortalité

Question 3

Concernant la population cible du dépistage de masse du cancer colorectal en France (plusieurs réponses possibles) :

A sujets à risque élevé
B sujets à risque très élevé
C il s'adresse aux sujets présentant des signes évocateurs
D repose sur la coloscopie totale à partir de 50 ans jusqu'à 74 ans
E le risque « faible » de cancer colorectal n'existe pas
F aucune réponse précédente

Question 4

Concernant le test Hemoccult II® (plusieurs réponses possibles) :

A il repose sur la recherche d'ADN tumoral dans les selles
B il nécessite un prélèvement sanguin pour sa réalisation
C il repose sur une réaction avec le gaïac
D pour une sensibilité satisfaisante, il doit reposer sur l'analyse d'au mois quatre selles
E sa négativité élimine un cancer colorectal

Question 5

Quelle est la conduite à tenir en cas de positivité du test (plusieurs réponses possibles) ?

A contrôle par un deuxième test Hemoccult II®
B coloscopie totale
C coloscopie virtuelle ou vidéocapsule selon la préférence du patient
D recto-sigmoïdoscopie souple
E laparotomie exploratrice

Question 6

En cas de positivé du test, la probabilité de trouver un cancer à la coloscopie est de :

A 3 %
B 10 %
C 30 %
D 45 %
E 60 %

Question 7

En cas de négativité du test Hemoccult II®, quelles sont les réponses fausses concernant la conduite à tenir ?

A il n'est pas nécessaire de renouveler l'examen à distance
B il faut réaliser un nouveau Hemoccult II® 2 ans plus tard
C il faut réaliser un nouveau Hemoccult II® 5 ans plus tard
D il faut réaliser une coloscopie dans 5 ans
E il faut réaliser une coloscopie en cas de symptômes évocateurs de cancer colorectal

Question 8

En cas de test positif avec coloscopie normale, quelles sont les affirmations vraies ?

A aucun examen à distance n'est nécessaire
B il faut réaliser un nouveau Hemoccult II® à 2 ans
C il faut réaliser un nouveau Hemoccult II® à 5 ans

[1] Des éléments de réponse pouvant apparaître au fil de la progression des dossiers, il est recommandé au lecteur de ne pas lire les questions à l'avance.

D il faut réaliser une coloscopie à 5 ans
E il faut réaliser une coloscopie en cas de symptômes évocateurs

Cas clinique 2 – QCM +

Monsieur D. vous consulte pour une douleur anale aiguë évoluant depuis 48 h. Ce patient antillais de 67 ans n'a jamais eu de problème médical particulier. Il rapporte une consommation tabagique de 30 paquets-années environ, sevrée il y a une dizaine année. Il boit environ une bouteille de rhum par semaine.
À l'interrogatoire, il a trois selles par semaine, qui occasionnent des douleurs lorsque leur consistance est dure. Le papier toilette est parfois taché de sang rouge à l'essuyage.
La douleur pour laquelle il consulte est apparue brutalement sans facteur déclenchant évident.
À l'examen clinique, vous découvrez une tuméfaction très sensible située au niveau de la marge anale, bleutée et indurée. L'examen anuscopique n'est pas réalisable du fait de la douleur.

Question 1

Quel est le diagnostic le plus probable ?
A thrombose hémorroïdaire interne
B thrombose hémorroïdaire externe
C fissure anale
D abcès de la marge anale
E cancer de l'anus

Question 2

Quels sont les éléments de la prise en charge thérapeutique ?
A antalgiques usuels et anti-inflammatoires non stéroïdiens
B laxatifs
C incision systématique de la tuméfaction
D hémorroïdectomie chirurgicale
E antibiothérapie systématique
F topiques locaux

Question 3

Pour quelle(s) raison(s) ce patient doit-il être revu lors d'une consultation ultérieure ?
A l'épisode aigu nécessite une consultation de contrôle systématique
B participation au dépistage de masse du cancer colorectal
C on ne doit pas s'arrêter à la constatation d'une hémorroïde chez ce patient pour expliquer une rectorragie
D pour organiser la réalisation d'un traitement chirurgical de l'affection responsable de l'épisode aigu
E il n'est pas nécessaire de revoir le patient en consultation

Question 4

Un mois après l'épisode douloureux, la réalisation d'une coloscopie montre une masse végétante circonférentielle du bas rectum, à 2 centimètres de la ligne pectinée. Quelle est la proposition vraie concernant les tumeurs du bas rectum ?
A il s'agit le plus souvent d'un carcinome épidermoïde
B il s'agit le plus souvent d'un adénocarcinome
C les hémorroïdes constituent un état précancéreux
D elles peuvent se développer à partir de lésions précancéreuses induites par l'HPV
E elles imposent systématiquement la réalisation d'une sérologie VIH
F elles sont plus fréquentes dans la population homosexuelle masculine

Question 5

Une résection chirurgicale est envisagée. Quelles complications possibles peuvent survenir dont vous devez avertir le patient ?
A la réalisation d'une stomie définitive sera très probable
B incontinence anale
C douleurs chroniques
D hypertonie sphinctérienne anale
E thrombose veineuse profonde
F éjaculation rétrograde

Question 6

Le geste chirurgical a été réalisé. Le patient vous confie, en consultation de suivi, l'apparition postopératoire d'une dysfonction érectile. Quelles sont les propositions vraies ?
A des troubles de l'érection sont observés chez environ 25 % des patients ayant eu cette opération
B ces troubles sont le plus souvent transitoires et réversibles grâce à la rééducation par *biofeedback*
C le sildanéfil est efficace pour les traiter
D l'origine du trouble est probablement psychogène
E les injections intracaverneuses sont efficaces

Question 7

La tumeur est classée de stade III selon l'AJCC. Une chimiothérapie adjuvante par FOLFOX (5-fluoro-uracile + acide folinique + oxaliplatine) est décidée. Quelles sont les propositions vraies ?
A le 5-fluoro-uracile est néphrotoxique
B La principale toxicité de l'oxaliplatine est une neuropathie périphérique
C le 5-fluoro-uracile est contre-indiqué en cas de cardiopathie préexistante
D cette chimiothérapie nécessite la mise en place d'une chambre implantable
E cette chimiothérapie devra être poursuivie au moins un an
F le stade III correspond à une tumeur avec extension ganglionnaire

Cas clinique 3 – QCM ++

Vous êtes appelé dans le centre de moyen séjour où est hospitalisé Monsieur B. pour soins de suite après une fracture du col fémoral liée à une chute mécanique. Le motif de votre consultation est une diarrhée et des douleurs abdominales évoluant depuis 5 jours. Ce patient de 73 ans a pour antécédents : une appendicectomie dans l'enfance, une BPCO post-tabagique de stade II moyennement contrôlée par des β2-mimétiques à longue durée d'action et des corti-

coïdes inhalés, une AOMI de stade II indiquant la prise d'aspirine et d'atorvastatine, ainsi qu'un diabète de type 2 traité par metformine et une HTA essentielle traitée par énalapril. Il prend également du pantoprazole pour une œsophagite peptique non sévère.
Il se plaint actuellement d'une douleur permanente à type de spasmes, localisée dans la fosse iliaque droite et l'hypogastre, diminuée par l'exonération fécale. Les selles sont liquides et constituées d'une dizaine d'émissions glaireuses par jour. La température est à 37,9° et l'état hémodynamique est correct.

Question 1

À ce stade, quelles sont les deux hypothèses diagnostiques les plus probables ?

A cancer colorectal
B colite d'origine infectieuse
C colite ischémique
D diarrhée liée à la prise de metformine
E maladie de Crohn

Question 2

Parmi les propositions suivantes, laquelle(lesquelles) est(sont) une indication à réaliser une coproculture ?

A diarrhée aiguë persistante plus de 3 jours malgré un traitement symptomatique
B diarrhée aiguë au retour de voyage
C syndrome dysentérique
D vomissements répétés
E diarrhée survenant sur un terrain immunodéprimé
F rectorragies

Question 3

Vous apprenez auprès du personnel paramédical que cinq autres cas comparables ont été constatés dans le service dans lequel est hospitalisé Monsieur B. Parmi les propositions suivantes, laquelle(lesquelles) est(sont) exacte(s) ?

A il pourrait s'agir d'une toxi-infection alimentaire collective (TIAC)
B il pourrait s'agir d'une épidémie à rotavirus
C il s'agit d'une infection liée aux soins
D il faut réaliser un isolement de type contact et air en attendant l'identification de l'agent infectieux
E toutes les propositions sont vraies

Question 4

Si la TIAC se confirme, quelle(s) proposition(s) est(sont) exacte(s) ?

A déclaration obligatoire aux autorités sanitaires et vétérinaires
B son exploration étiologique repose sur une enquête cas témoins
C il faut traiter tous les sujets ayant ingéré l'aliment responsable
D il faut mettre en place un isolement entérique chez tous les sujets ayant ingéré l'aliment responsable
E l'agent le plus fréquemment responsable est *Staphylocoque aureus*

Question 5

En fait, Monsieur B. a été le premier à présenter les symptômes, qui sont apparus plus de 24 h avant ceux des autres patients. Vous apprenez dans le dossier qu'il a reçu 1 semaine d'amoxicilline + acide clavulanique il y a 2 semaines dans le cadre d'un épisode d'exacerbation aiguë de BPCO. Quel agent infectieux évoquez-vous en particulier ?

A *Klebsiella oxytoca*
B *Clostridium difficile*
C *Escherichia coli*
D rotavirus
E *Salmonella paratyphi*

Question 6

Si le diagnostic d'infection non grave à *Clostridium difficile* se confirme, quelle(s) proposition(s) est(sont) vraie(s) concernant la prise en charge thérapeutique ?

A le traitement recommandé est la vancomycine intraveineuse
B le traitement recommandé est le métronidazole *per os*
C le traitement recommandé est l'amoxicilline + acide clavulanique
D le traitement comprend un antidiarrhéique de type lopéramide
E il convient de rechercher *Clostridium difficile* chez les autres malades symptomatiques

Question 7

Parmi les médicaments du traitement habituel de Monsieur B., lesquels présenteraient un risque dans le cas où la diarrhée se compliquerait d'insuffisance rénale fonctionnelle ?

A metformine
B aspirine
C β2-mimétiques inhalés
D énalapril
E Tous les traitements doivent être poursuivis

Question 8

Chez Monsieur B., quels sont les facteurs de risque d'infection à *Clostridium difficile* ?

A prise de corticoïdes inhalés
B âge > 65 ans
C hospitalisation en moyen séjour
D inhibiteurs de la pompe à protons
E chirurgie récente

Cas clinique 4 – QCM +

Vous recevez Monsieur E., pour douleurs abdominales. Ce patient âgé de 35 ans, d'origine pakistanaise, vit en France depuis 11 ans. Il ne prend aucun traitement. Il fume 15 cigarettes par jour depuis l'âge de 17 ans et ne boit pas d'alcool. Il a pour seuls antécédents une fissure anale il y a un an, ainsi qu'une appendicectomie dans l'enfance. Monsieur E. pèse 62 kg pour 175 cm (contre 72 kg il y a 1 an). Il rapporte des difficultés progressives à s'alimenter en raison de nausées, qui se sont aggravées depuis une dizaine de jours avec l'apparition de vomissements. Les douleurs abdominales sont diffuses, principalement péri-ombilicales, spasmodiques, dont il rapporte plusieurs épisodes similaires lors des trois dernières années. Depuis une semaine, il a des épisodes de ballonnement associés à des douleurs plus intenses, accompagnées de borborygmes et soulagées par

l'émission de selles. Votre patient rapporte également une diarrhée depuis environ 2 semaines, faites d'environ cinq selles liquides par jour avec parfois des traces de sang. La pression artérielle est de 135/80 mmHg, la FC à 80 bpm et la température à 36,8°. L'abdomen est météorisé. La palpation abdominale augmente les douleurs, en particulier au niveau de la fosse iliaque droite. L'examen cardiovasculaire est sans particularité en dehors d'un souffle aortique diastolique d'intensité 2/5. Un bilan réalisé en ville montre :

- hémoglobine : 10 g/dL ;
- VGM : 68 fL ;
- CCMH : 32 g/dL ;
- GB : 13 000/mm^3 ;
- PNN : 7500/mm^3 ;
- lymphocytes : 4500/mm^3 ;
- plaquettes : 550 000/mm^3 ;
- VS : 55 mm à la première heure ;
- CRP : 120 mg/L.

Question 1

Parmi les examens complémentaires suivants, lesquels peuvent être utiles à visée diagnostique ?

A scanner thoraco-abdominal
B iléocoloscopie
C sérologie VIH
D intradermoréaction à la tuberculine
E IgA anti-transglutaminase
F endoscopie digestive haute avec biopsies
G coproculture

Question 2

Vous réalisez l'imagerie suivante (figure 1). En dehors de la maladie de Crohn, quelle(s) affection(s) peut(peuvent) en être responsable(s) ?

A yersiniose
B maladie cœliaque non compliquée
C tuberculose
D lymphome grêlique
E amibiase
F maladie de Whipple



Figure 1.

Question 3

Vos investigations confirment le diagnostic de maladie de Crohn. Les diagnostics différentiels ont pu être écartés. Quels arguments présents dans l'énoncé étaient en faveur de ce diagnostic ?

A fumeur actif
B antécédent de fissure anale
C souffle d'insuffisance aortique
D origine pakistanaise
E signes cliniques évoquant une atteinte du tractus digestif haut

Question 4

Quels ont pu être, à la coloscopie et sur les biopsies réalisées lors de celle-ci, les arguments en faveur d'une maladie de Crohn ?

A absence d'intervalle de muqueuse saine entre les zones atteintes
B abcès cryptiques
C absence d'infiltrats lymphoïdes
D granulomes épithélioïdes et gigantocellulaires
E nécrose caséeuse

Question 5

Devant l'intensité de la poussée, il existe une indication à introduire un traitement immunosuppresseur. Quelles précautions préthérapeutiques s'imposent ?

A recherche de foyer infectieux
B imagerie thoracique
C intradermoréaction à la tuberculine
D sérologies VIH, VHB, VHC, CMV
E vaccination antiméningococcique

Question 6

Quels sont les risques liés à une corticothérapie au long cours ?

A infections
B diabète
C cancers de l'appareil digestif
D glaucome aigu à angle fermé
E ostéoporose
F ulcère gastrique ou duodénal
G hypotension artérielle
H cataracte

Question 7

Quelques années plus tard, alors que la maladie est bien contrôlée par de faibles de doses d'azathioprine, le patient revient vous voir car il se plaint d'une éruption cutanée persistante évoluant depuis 3 semaines. Celle-ci est faite de plusieurs éléments arrondis de 3 à 6 cm de diamètre au niveau des jambes (figure 2). Ceux-ci sont infiltrés et douloureux. Quel est le diagnostic le plus probable dans ce contexte ?

A érysipèle
B folliculite liée aux corticoïdes
C *Pyoderma gangrenosum*
D érythème noueux
E eczéma

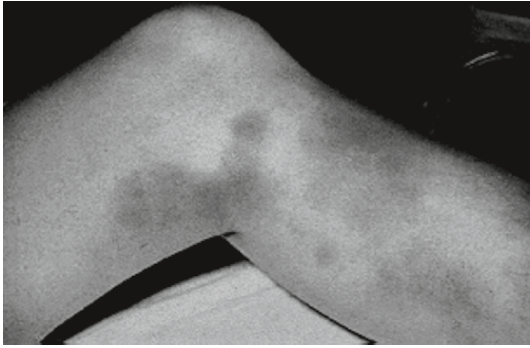


Figure 2.

Question 8
Quelles en sont les principales causes en dehors de la maladie de Crohn ?
A médicamenteuse
B infection à mycobactérie
C infections à staphylocoque
D sarcoïdose
E idiopathique

Question 9
Deux ans plus tard, la plainte principale de votre patient concerne des lombalgies. En effet, il vous signale une douleur et une raideur du rachis lombaire, ce qui le gène dans son travail de manutentionnaire. La douleur irradie vers les fesses. Quelle(s) affirmation(s) est(sont) vraie(s) parmi les suivantes ?
A une atteinte rhumatologique s'observe chez 60 % des malades atteints de maladie de Crohn
B le diagnostic le plus probable est une spondylarthropathie
C l'atteinte rhumatologique axiale évoluent parallèlement au rythme des poussées digestives
D les atteintes rhumatologiques périphériques évoluent parallèlement au rythme des poussées digestives
E le retentissement fonctionnel périphérique s'apprécie par le score du DAS28

Cas clinique 5 – QCM ++

Vous recevez en consultation Monsieur K., 36 ans, d'origine marocaine et peintre en bâtiment, pour des douleurs épigastriques. Il fume un paquet de cigarettes par jour depuis 12 ans, n'a pas de consommation d'alcool déclaré et a pour seul antécédent une fracture tibiale droite suite à un accident. Il n'existe pas d'altération de l'état général. À l'examen clinique de ce patient mesurant 175 cm pour 78 kg, on ne trouve pas d'anomalie à l'exception d'une sensibilité à la palpation de l'épigastre. Il n'y a pas de défense abdominale.

Question 1
Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont en faveur de l'origine ulcéreuse de la douleur de votre patient ?
A augmentée par la prise d'alcool
B augmentée par la prise alimentaire
C diminuée par la prise alimentaire
D apparue après une consommation récente d'AINS
E localisation fluctuante

Question 2
Une endoscopie œsogastroduodénale révèle un ulcère de la grande courbure gastrique, à bords réguliers, à fond propre. Où faut-il faire des biopsies ?
A bords de l'ulcère
B antre
C fundus
D duodénum
E toutes les réponses précédentes

Question 3
Parmi les propositions suivantes concernant le traitement à mettre en œuvre, lesquelles sont vraies ?
A l'éradication de *Helicobacter pylori* repose sur une trithérapie (inhibiteur de la pompe à protons–amoxicilline–azithromycine) pendant 7 jours
B l'éradication de *Helicobacter pylori* repose sur un traitement séquentiel (inhibiteur de la pompe à protons–amoxicilline–clarythromycine–métronidazole) pendant 10 jours
C les inhibiteurs de la pompe à protons devront être poursuivis pendant un total de 8 semaines
D l'endoscopie de contrôle n'est pas justifiée car l'ulcère n'était pas compliqué
E le contrôle de l'éradication sera réalisé par un test respiratoire

Question 4
Vous perdez de vue le patient. Il est transporté par les pompiers aux urgences car il a eu deux épisodes d'émission de sang rouge par la bouche. Il n'avait pas pu suivre le traitement prescrit car il était rentré au Maroc. Il est pâle, tachycarde à 120 bpm, sa TA est à 112/67 mmHg. Le toucher rectal montre un méléna. L'HémoCue® est à 9,5 g/dL. Parmi les propositions suivantes concernant la prise en charge du patient, lesquelles sont exactes ?
A il existe une indication de transfusion de culots globulaires
B une endoscopie digestive haute doit être réalisée dans les 24 h
C un traitement par inhibiteur de la pompe à protons IV doit être instauré en urgence
D un traitement par inhibiteur de la pompe à protons IV + sandostatine IVSE doit être instauré en urgence en attendant le résultat de l'endoscopie
E un traitement ambulatoire est envisageable

Question 5
Quelles sont les mesures indispensables à la réalisation en urgence d'une endoscopie œsogastroduodénale ?
A mise à jeun
B anesthésie générale
C sonde gastrique en aspiration
D injection préalable d'érythromycine IV
E obtention d'une hémodynamique stable
F intubation orotrachéale

Question 6
L'endoscopie montre un ulcère saignant en nappe. Quelles sont les propositions fausses ?
A il s'agit d'un stade IIa de Forrest
B il s'agit d'un stade Ib de Forrest
C l'hémostase peut se faire par ligature endoscopique
D l'hémostase peut se faire par la combinaison de deux techniques parmi sclérose adrénalinée, clip et électrocoagulation
E un traitement chirurgical devra être envisagé en cas d'échec du traitement endoscopique

Question 7
Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont des complications possibles de l'infection par *Helicobacter pylori* ?
A perforation
B adénocarcinome gastrique
C gastrinome
D lymphome du MALT
E sténose antropylorique
F hernie hiatale

Cas clinique 6 – QCM +
Vous êtes appelé à examiner Monsieur V. hospitalisé pour altération de l'état général et dysphagie. Ce patient de 61 ans a pour antécédent un cancer amygdalien droit opéré il y a 3 ans. Monsieur V. avait réalisé après ce diagnostic un sevrage de son importante consommation alcoolo-tabagique (environ 52 paquets-années et 160 g d'alcool par jour depuis 40 ans). Il ne prend aucun traitement. Le problème actuel est un trouble de la déglutition, qui fait qu'il s'alimente très peu et a perdu environ 6 kg en 1 mois (initialement, il pesait 70 kg pour 186 cm).

Question 1
Quelles caractéristiques de la dysphagie seraient en faveur d'une cause maligne ?
A caractère progressif (aux solides puis aux liquides)
B prédominance sur les liquides
C association à une dysphonie
D association à un méléna
E association à des douleurs rétrosternales ascendantes

Question 2
Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont vraies ?
A une dénutrition est définie par une perte de poids involontaire supérieure à 10 % en 6 mois ou 5 % en 1 mois
B le bilan biologique de dénutrition comporte les dosages suivants : albumine, préalbumine, CRP et créatinine
C une hypoalbuminémie inférieure à 30 g/L est un signe de dénutrition cliniquement significative
D la dénutrition est considérée à partir d'un indice de masse corporelle inférieur à 18 chez le sujet âgé (> 70 ans)
E l'albumine a une demi-vie plus courte que la préalbumine

Question 3
Quel diagnostic évoquez-vous ?
A adénocarcinome de l'œsophage
B cancer du larynx
C carcinome épidermoïde de l'œsophage
D achalasie
E œsophagite peptique

Question 4
Votre interrogatoire révèle que le problème consiste une sensation de blocage douloureux de localisation rétrosternale, en regard du manubrium. L'examen endobuccal est normal. Vous palpez un paquet ganglionnaire cervical gauche. Quels sont les signes cliniques orientant vers la nature maligne d'une adénopathie en général ?
A signes compressifs (dyspnée, douleur, dysphonie, otalgie, hoquet…)
B fixité aux plans profond et/ou superficiel
C consistance rénitente
D sensibilité à la palpation
E toutes les réponses précédentes

Question 5
Quel examen prescrivez-vous en première intention à visée diagnostique ?
A endoscopie œsogastroduodénale
B transit œsogastroduodénal
C nasofibroscopie
D scanner cervical
E tomographie par émission de positons au ^{18}FDG

Question 6
Votre diagnostic est confirmé. Votre bilan d'extension montre une tumeur classée T3N2M0. Quelle prise en charge proposez-vous ?
A chirurgie
B radiochimiothérapie
C radiothérapie seule
D chimiothérapie seule
E traitement symptomatique

Question 7
Quelles autres mesures doivent être associées à la prise en charge spécifique ?
A soins dentaires
B prise en charge nutritionnelle
C traitement de la douleur
D soutien psychologique
E prise en charge à 100 %

Question 8
Quelles sont les réponses vraies concernant la prise en charge nutritionnelle ?
A il faut instaurer d'emblée une nutrition hypercalorique apportant au moins 40 kCal/kg/j et 1 à 1,5 g/kg/j de protides
B selon l'importance de la dysphagie, une prothèse œsophagienne pourra être proposée
C il faut privilégier la nutrition parentérale
D la radiothérapie risque d'aggraver la dysphagie
E le suivi de la renutrition est basé sur le dosage hebdomadaire de l'albumine

Cas clinique 7 – QCM +++

Vous recevez en consultation Monsieur D. 59 ans, maçon, pour des douleurs épigastriques évoluant depuis quelques mois avec sensation de satiété précoce. Dans ses antécédents, on note une intoxication alcoolique (consommation hebdomadaire : 7 bières de 500 mL à 6° et une bouteille de 1 litre de porto à 12°) et un tabagisme actif à 25 paquets-années. Il a eu une cholécystectomie il y a 5 ans pour colique hépatique, ainsi qu'un épisode isolé de pancréatite aiguë non grave il y a 8 ans. Sa mère est décédée il y a environ 10 ans d'un cancer gastrique. Il pèse actuellement 88 kg pour 170 cm (il pesait 95 kg il y a 6 mois). Les douleurs sont actuellement quotidiennes, partiellement soulagées par l'alimentation, sans irradiation. Il rapporte également des selles foncées et malodorantes. L'examen physique est sans particularité en dehors d'une sensibilité épigastrique à la palpation sans masse palpable. Le bilan biologique montre :

- hémoglobine : 10,2 g/dL ;
- VGM : 88 fL ;
- CCMH : 31 pg/dL ;
- plaquettes : 235 000/mm^3 ;
- GB : 8000/mm^3 ;
- CRP : 8 mg/L ;
- créatininémie : 88 µmol/L ;
- albuminémie : 34 g/L ;
- préalbuminémie : 0,210 g/L (normale > 0,200 g/L) ;
- TP : 77 % ;
- transaminases et ionogramme normaux.

Question 1

Parmi les propositions suivantes concernant l'état nutritionnel de Monsieur D., lesquelles sont vraies ?

A il est dénutri
B il consomme 260 g d'alcool pur par jour
C il consomme 330 g d'alcool pur par jour
D la consommation d'alcool représente environ 1850 kCal/j
E la consommation d'alcool représente environ 2310 kCal/j

Question 2

Parmi les examens suivants, lequel est indiqué à visée diagnostique en priorité ?

A Hemoccult II®
B endoscopie œsogastroduodénale
C coloscopie
D scanner thoraco-abdomino-pelvien
E ponction-biopsie hépatique

Question 3

Les examens ont permis de poser le diagnostic d'adénocarcinome de type intestinal de la petite courbure gastrique classé usT1N0M0. Parmi les propositions suivantes, laquelle(lesquelles) est(sont) exacte(s) ?

A la tumeur envahit la musculeuse
B la tumeur envahit la sous-muqueuse
C la tumeur exprime le marqueur c-kit en immunohistochimie
D la tumeur présente des cellules indépendantes ou en « bague à chaton »
E la réalisation d'une écho-endoscopie digestive haute a été nécessaire pour obtenir ce résultat

Question 4

Quel(s) est(sont) le(s) facteur(s) de prédisposition de cette maladie parmi les propositions suivantes ?

A *Helicobacter pylori*
B origine ethnique
C RGO
D intoxication tabagique
E alimentation riche en sel

Question 5

Il est décidé d'opérer le patient après concertation pluridisciplinaire. Une ou plusieurs réponses sont fausses :

A l'opération consistera en une gastrectomie partielle
B l'opération consistera en une gastrectomie totale
C un support nutritionnel périopératoire par sonde de nutrition entérale ou par voie parentérale n'est pas nécessaire chez ce malade
D il existe une indication à des compléments nutritionnels préopératoires (immunonutrition)
E il existe une indication de chimiothérapie périopératoire

Question 6

Parmi les propositions suivantes quelle(s) est(sont) la(les) complication(s) de la gastrectomie ?

A *dumping syndrome*
B anémie
C diabète
D pullulation microbienne du grêle
E syndrome du petit estomac

Question 7

Concernant les mesures associées à la gastrectomie totale, lesquelles sont vraies ?

A exonération du ticket modérateur
B éradication de *Helicobacter pylori*
C recherche d'une infection à *Helicobacter pylori* chez les apparentés
D inhibiteurs de la pompe à protons à vie
E supplémentation en folates à vie

Question 8

Vous revoyez le patient 4 ans plus tard. Il avait refusé le suivi postopératoire. Il se plaint d'une asthénie associée à des paresthésies de membres inférieurs et une fatigabilité à la marche. L'hémoglobine est à 9 g/dL avec un VGM à 130 fL. Quel diagnostic devez-vous évoquer en priorité ?

A intoxication alcoolique importante persistante
B hypothyroïdie
C syndrome paranéoplasique de Lambert-Eaton
D carence en vitamine B_{12}
E syndrome myélodysplasique
F syndrome de Guillain-Barré

Cas clinique 8 – QCM ++

Monsieur R. consulte pour un ictère d'apparition progressive depuis plusieurs semaines. Ce patient de 66 ans, diplomate tout juste retraité boit occasionnellement de l'alcool. Il a une BPCO post-tabagique (tabagisme sevré estimé à 30 PA) traitée par un aérosol de β2-mimétiques de longue durée d'action. Il est hypertendu et traité par énalapril.

Il se plaint depuis 3 semaines de troubles du transit à type de selles molles et pâles. Ses urines sont plus foncées que d'habitude. Il a récemment perdu 12 kg et se sent fatigué. À l'examen clinique, il existe plusieurs lésions cutanées de grattage. L'abdomen est souple mais sensible au niveau épigastrique, et vous palpez une tuméfaction indolore, régulière et rénitente de l'hypochondre droit.

Les premiers résultats biologiques sont les suivants :

- hémoglobine : 11,3 g/dL ;
- leucocytes : 7200/mm^3 ;
- plaquettes : 420 000/mm^3 ;
- bilirubine totale : 135 μmol/L (libre : 32 μmol/L) ;
- phosphatases alcalines : 5,5 N ;
- gamma-GT : 8 N ;
- transaminases : 1,3 N.

Question 1

Parmi les propositions suivantes, laquelle(lesquelles) est(sont) exacte(s) ?

A ce malade a un ictère cholestatique
B ce malade a un ictère non cholestatique
C l'examen à réaliser en première intention est une échographie abdominale
D il convient de réaliser en première intention les sérologies des hépatites virales
E la masse rénitente perçue à la palpation est très probablement une lésion tumorale

Question 2

Une échographie abdominale met en évidence un foie d'aspect homogène, ainsi qu'une dilatation des voies biliaires intra- et extra-hépatiques sans obstacle visualisé. Le pancréas n'est pas analysable en raison d'interpositions gazeuses. Parmi les hypothèses diagnostiques suivantes, quelles sont les deux plus probables dans ce contexte ?

A angiocholite aiguë lithiasique
B pancréatite chronique calcifiante avec compression cholédocienne
C cholangiocarcinome du bas cholédoque
D cancer de la queue du pancréas
E cancer de la tête du pancréas
F cholécystite aiguë
G migration lithiasique

Question 3

Au vu des résultats précédents, quel examen prescririez-vous pour guider la suite de la prise en charge ?

A scanner thoraco-abdomino-pelvien
B IRM abdominale
C écho-endoscopie
D tomographie par émission de positons au ^{18}FDG
E scintigraphie des récepteurs de la somatostatine

Question 4

Il existe un abaissement du TP à 57 %. Quelle(s) peut(peuvent) en être la(les) cause(s) chez ce patient ?

A carence nutritionnelle
B pancréatite chronique
C insuffisance hépatocellulaire
D hypovitaminose K secondaire à la cholestase
E l'ensemble de propositions précédentes

Question 5

Vos explorations vous font suspecter un cancer du pancréas. Si un traitement chirurgical est discuté, quelle(s) en est(sont) la(les) contre-indication(s) parmi les propositions suivantes ?

A présence de métastases hépatiques
B envahissement d'un axe artériel péripancréatique (tronc cœliaque, artère mésentérique supérieure)
C ictère avec bilirubine à 135 μmol/L
D comorbidités importantes
E présence d'une carcinose péritonéale

Question 6

Concernant la preuve histologique de cette affection, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) fausse(s) ?

A si la tumeur est résécable et le malade opérable, la preuve histologique doit nécessairement être obtenue avant l'intervention par ponction guidée sous écho-endoscopie
B si la tumeur est résécable et le malade opérable, la preuve histologique préopératoire n'est pas indispensable
C les tumeurs neuro-endocrines représentent 25 % des tumeurs du pancréas
D si la tumeur n'est pas résécable ou le malade non opérable, une preuve histologique doit être obtenue, par ponction sous écho-endoscopie
E en cas de métastases hépatiques, ces dernières peuvent être biopsiées afin d'éviter une écho-endoscopie sous anesthésie générale

Question 7

Le bilan d'extension conclut à une tumeur non résécable. Que comportera votre prise en charge thérapeutique en tenant compte des symptômes actuels du patient (une ou plusieurs réponses possibles) ?

A pose de prothèse biliaire
B chimiothérapie
C prise en charge de la douleur
D dépistage des apparentés
E pose d'une prothèse duodénale

Question 8

Vous lisez dans la littérature que les injections de gemcitabine peuvent se compliquer de micro-angiopathie thrombotique. Quelle(s) anomalie(s) biologique(s) pourriez-vous constater dans ce cas ?

A anémie et thrombopénie
B TCA allongé
C test de Coombs positif
D haptoglobine augmentée
E LDH augmentés

Question 9

À l'occasion de sa 7e injection de chimiothérapie, votre patient se plaint d'un essoufflement à l'effort depuis 1 semaine environ. Il se dit plus fatigué depuis 2 semaines et se mobilise moins. Les constantes sont les suivantes :

- TA : 110/71 ;
- FC : 113/min ;
- Tempétature : 37,8 °C ;
- SpO_2 : 90 %.

L'auscultation et la radiographie pulmonaires sont normales. Quel est le diagnostic à évoquer en priorité ?

A anémie chimio-induite
B exacerbation aiguë de BPCO
C embolie pulmonaire
D métastases pulmonaires
E pneumopathie infectieuse
F pneumopathie interstitielle induite par la gemcitabine

Cas clinique 9 – QCM +

Vous recevez en consultation Monsieur A. pour altération de l'état général. Ce patient âgé de 47 ans rapporte une consommation alcoolique d'environ une bouteille de rhum par jour depuis une trentaine d'années. Il fume un paquet de cigarettes par jour et n'a aucun suivi médical. Il ne prend aucun médicament en dehors de zopiclone (Imovane®) car il a souvent du mal à dormir. Il vous rapporte une asthénie progressivement croissante, avec une prise de poids récente. Vous remarquez vite une distension abdominale évoquant une ascite.

Question 1

Comment confirmer le diagnostic d'ascite ? Plusieurs réponses sont possibles.

A l'examen clinique a une très bonne sensibilité pour cela, même en cas de faible abondance
B au-delà de 2 litres d'ascite, le diagnostic est clinique
C le diagnostic est uniquement échographique
D l'échographie est utile au diagnostic, en cas de doute
E toute ascite nouvellement diagnostiquée doit être ponctionnée à visée diagnostique

Question 2

Vous suspectez une cirrhose. Concernant les signes cliniques de cette affection, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) fausse(s) ?

A les angiomes stellaires sont à chercher dans le territoire cave inférieur
B les angiomes stellaires sont liés à l'hypertension portale
C l'hippocratisme digital est spécifique de cirrhose
D la rosacée est liée à la cirrhose alcoolique
E le tremblement d'action est un signe d'insuffisance hépatocellulaire

Question 3

Le diagnostic de décompensation œdémato-ascitique sur probable cirrhose alcoolique est posé. Quel(s) est(sont) le(s) facteur(s) déclenchant à rechercher parmi les propositions suivantes ?

A toute infection
B insuffisance rénale
C décompensation cardiaque
D cause toxique
E thrombose portale

Question 4

Parmi les éléments suivants, lesquels concernent le traitement de l'ascite cirrhotique ?

A le traitement repose sur les ponctions itératives
B le traitement repose sur les diurétiques (spironolactone ± furosémide)
C une antibioprophylaxie est systématiquement associée
D la restriction hydrosodée doit être stricte
E en cas d'ascite réfractaire, la pose d'un TIPS peut être proposée

Question 5

Monsieur A. se plaint de douleurs abdominales plus intenses depuis 3 jours, et vous notez une température à 38,7 °C. L'hémodynamique est stable. Parmi les propositions suivantes, laquelle(lesquelles) est(sont) exacte(s) ?

A vous suspectez une infection du liquide d'ascite
B le diagnostic d'infection du liquide d'ascite serait confirmé par la présence de PNN > 100/mm³ dans le liquide d'ascite
C le diagnostic d'infection du liquide d'ascite serait exclu en l'absence de mise en évidence de germe dans le liquide d'ascite
D le diagnostic d'infection du liquide d'ascite est clinique reposant sur l'association ascite + douleurs abdominales + fièvre > 38,5 °C, la ponction n'est pas nécessaire en présence de ces critères
E une hémorragie digestive haute est un facteur favorisant l'infection du liquide d'ascite

Question 6

Quelle sont, parmi les éléments suivants, ceux de votre prise en charge à court terme, sachant que le taux de PNN dans le liquide d'ascite est de 360/mm³ ?

A antibiothérapie probabiliste par C3G + imidazolé, en urgence
B un aminoside doit être ajouté du fait de la fièvre > 38,5 °C et du terrain fragile
C un syndrome hépatorénal peut compliquer une infection du liquide d'ascite
D des perfusions d'albumine doivent être administrées à J1 et J3 du diagnostic
E une ponction de contrôle doit être systématique à 48 h pour contrôler l'efficacité du traitement
F le traitement est efficace si le nombre de germe a diminué d'au moins 50 % après 48 h

Question 7

Quelle(s) est(sont) l'(les) autre(s) complication(s) possible(s) de l'ascite chez ce patient ?

A épanchement pleural
B thrombose portale
C encéphalopathie hépatique
D insuffisance respiratoire
E syndrome hépatorénal
F hernie ombilicale
G hyponatrémie

Question 8
Parmi les propositions suivantes, laquelle(lesquelles) est(sont) une(des) cause(s) d'ascite riche en protides ?
A tuberculose péritonéale
B carcinose péritonéale
C thrombose portale
D syndrome de Budd-Chiari
E syndrome néphrotique
F péricardite constrictive
G insuffisance cardiaque gauche

Cas clinique 10 – QCM ++

Monsieur Y., 42 ans, d'origine chinoise, est en visite touristique dans votre belle ville. Il vous est adressé en urgence par les pompiers pour vomissements de sang rouge. L'interrogatoire est impossible du fait de la barrière linguistique.
Les constantes sont les suivantes :

- TA : 85/60 mmHg ;
- FC : 124/mn ;
- température : 37,6 °C ;
- SpO_2 : 91 %.

À l'examen clinique, vous trouvez une pâleur cutanéomuqueuse, des sueurs et une hépatomégalie à bord inférieur tranchant, ainsi que quelques angiomes stellaires sur le haut du torse. Vous constatez que les extrémités sont froides et les genoux marbrés.

Question 1
Quelles sont les deux causes d'hématémèse les plus fréquentes ?
A ulcère gastrique ou duodénal
B gastropathie d'hypertension portale
C œsophagite peptique
D rupture de varices œsophagiennes
E cancer gastrique
F syndrome de Mallory-Weiss
G ulcère de Dieulafoy
H ingestion de caustiques

Question 2
Concernant l'hémodynamique de ce patient (une ou plusieurs réponses possibles) :
A il est en état de choc hémorragique
B il faut le transfuser en urgence avec un objectif d'hémoglobine > 10 g/dL
C il faut le remplir avec albumine 1 g/kg par voie intraveineuse
D l'hémoglobine normale élimine un état de choc d'origine hémorragique
E l'élément le plus urgent de la prise en charge est l'endoscopie

Question 3
Voici des clichés de l'endoscopie réalisée en urgence (figure 3). Quel est votre diagnostic étiologique ?
A ulcère gastrique hémorragique
B gastropathie d'hypertension portale
C œsophagite peptique compliquée
D rupture de varices œsophagiennes
E cancer gastrique
F dyndrome de Mallory-Weiss
G ulcère de Dieulafoy
H ingestion de caustiques

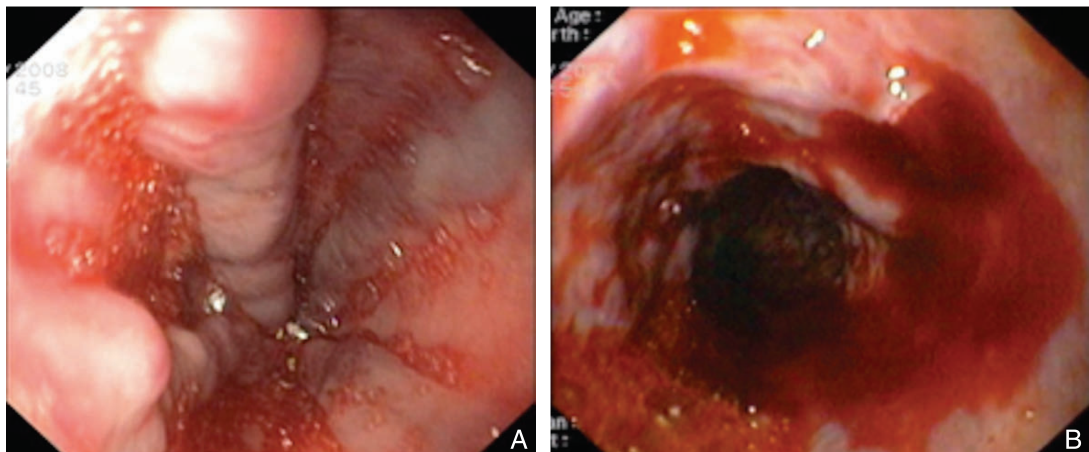


Figure 3.

Question 4
Concernant la prévention secondaire de ce type d'hémorragie digestive (plusieurs réponses possibles) :
A elle repose sur les bêtabloquants cardiosélectifs à vie
B l'objectif est une diminution de 25 % de la fréquence cardiaque au repos sous bêtabloquant
C l'objectif de fréquence cardiaque sous bêtabloquant est 55–65/min
D les bêtabloquants doivent être associés à la ligature de varices œsophagiennes en prévention secondaire
E en cas de ligature de varices œsophagiennes, les bêtabloquants sont inutiles

Question 5

Sa femme arrive affolée. Par chance, elle est professeur d'anglais et vous raconte que son mari est suivi depuis de longues années pour une hépatite virale B chronique, pour laquelle il a été traité pendant 1 an. Quels sont les facteurs prédictifs de bonne réponse au traitement de l'hépatite B chronique active par interféron ?

A transaminases élevées
B charge virale faible
C score METAVIR élevé
D infection récente
E infection ancienne

Question 6

Chez ce patient, quels ont pu être les facteurs déclenchants de l'épisode actuel ?

A poussée évolutive de la maladie sous-jacente
B hépatite aiguë d'autre cause (alcoolique, VHA, VHD ou médicamenteuse)
C carcinome hépatocellulaire
D thrombose portale
E infection à *Helicobacter pylori*
F encéphalopathie hépatique
G prise de benzodiazépines

Question 7

Quelle(s) complication(s) peut-on craindre dans les suites de cet événement ?

A récidive de l'épisode hémorragique
B poussée d'ascite et infection du liquide d'ascite
C encéphalopathie hépatique
D adénocarcinome œsophagien
E syndrome hépatorénal

Question 8

Lors d'un soin, l'infirmière se pique avec une aiguille. Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont vraies ?

A il faut prélever les sérologies B, C et VIH chez le patient en urgence
B le contexte d'accident d'exposition au sang (AES) dispense de l'obtention du consentement du malade
C il faut rincer abondamment à l'eau puis désinfecter à la Bétadine® ou Dakin®
D l'infirmière ne court aucun risque, elle est forcément vaccinée contre le VHB
E il faut envoyer l'aiguille en virologie pour mise en culture

Cas clinique 11 – QCM +++

Un homme âgé de 42 ans consulte pour des douleurs articulaires au niveau du genou gauche depuis quelques jours. Comme sa sœur, il a présenté, il y a 2 ans, une crise de colique néphrétique non explorée. Il ne prend aucun traitement. À l'examen clinique, le pouls est régulier à 68 bpm, la pression artérielle est de 130/75 mmHg. Le genou gauche est tuméfié, chaud. On note la présence d'un choc rotulien et un flessum de 10°. Il n'y a pas d'adénopathie inguinale palpable. Il n'y a pas de déformation axiale des membres inférieurs. Les résultats des explorations biologiques demandées sont les suivants :

- leucocytes : 4800/mm^3 ;
- plaquettes : 360 000/mm^3 ;
- Hb : 13,8 g/dL ;
- CRP : 60 mg/L ;
- Na : 138 mmol/L ;
- Cl : 118 mmol/L ;
- K : 4,1 mmol/L ;
- protidémie : 78 g/L ;
- albuminémie : 40 g/L ;
- calcémie : 2,95 mmol/L ;
- phosphorémie : 0,70 mmol/L ;
- créatininémie : 68 μmol/L.

Une radiographie du genou gauche est réalisée (figure 4).

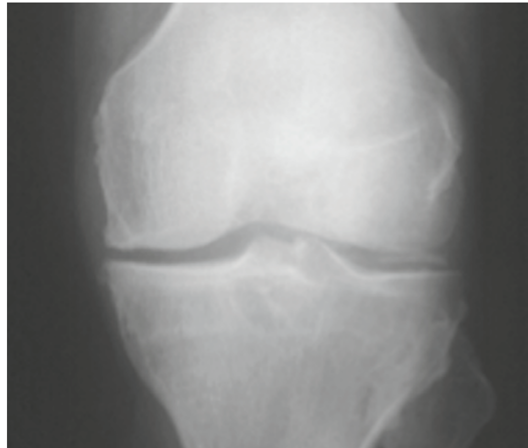


Figure 4.

Question 1

Concernant cette radiographie, quelles sont les propositions vraies ?

A il existe une calcification en liseré intra-articulaire
B il existe une calcification du fibrocartilage
C il existe un pincement de l'interligne
D il existe des signes d'arthrose avec géodes et ostéophytes
E il existe une déminéralisation osseuse
F radiographie normale

Question 2

Quel est le diagnostic le plus probable concernant les douleurs articulaires de ce patient ? Justifiez votre réponse.

A arthrite liée à une connectivite
B crise de goutte
C lésion méniscale post-traumatique
D chondrocalcinose articulaire
E arthrite septique

Question 3

Comment interprétez-vous le bilan phosphocalcique ?

A calcémie augmentée
B calcémie diminuée
C phosphorémie augmentée
D phosphorémie diminuée
E bilan phosphocalcique normal

Question 4
Quelle est l'hypothèse la plus probable ?
A hypercalcémie maligne liée à des métastases osseuses
B sécrétion paranéoplasique de PTHrp
C hyperparathyroïdie primitive
D iatrogène (absorption de sels de calcium, vitamine D ou thiazidique)
E granulomatose (sarcoïdose, tuberculose)

Question 5
Vous avez confirmé votre diagnostic et le traitement a été efficace. Deux ans plus tard, cet homme est adressé en urgence à l'hôpital pour malaise, de survenue assez brutale, avec perte de connaissance. Son épouse signale, qu'au cours des dernières semaines, il a eu plusieurs malaises résolutifs après la prise d'aliments sucrés. Par ailleurs, elle vous signale qu'il ne prend aucun traitement. À l'examen clinique, le patient est en état de coma agité, sans signe de localisation. La glycémie capillaire faite aux urgences est de 0,35 g/L (1,94 mmol/L). Quel traitement immédiat instaurez-vous ?
A insuline IVSE
B glucagon IM
C glucosé 30 % PO
D glucosé 30 % IV
E intubation orotrachéale pour protection des voies aériennes

Question 6
Quelles sont les propositions vraies concernant la cause de ce coma ?
A il peut être attribué à un diabète débutant
B il faut doser les taux de peptide C et d'insuline en urgence
C il s'agit probablement d'une hypoglycémie organique
D il s'agit possiblement d'une hypoglycémie fonctionnelle
E une épreuve de jeûne est nécessaire au diagnostic

Question 7
Vous suspectez un insulinome. Parmi les examens suivants, lesquels prescrivez-vous pour le confirmer ?
A 5HIAA urinaires
B chromogranine A plasmatique
C PET-scan au ^{18}FDG
D TDM ou IRM abdominale
E écho-endoscopie digestive haute

Question 8
L'histoire récente et les manifestations présentées par le patient il y a 2 ans vous font suspecter une néoplasie endocrinienne multiple (NEM) de type 1. Parmi les manifestations suivantes, lesquelles peuvent être retrouvées dans cette entité ?
A phéochromocytome
B hémochromatose
C taches « café au lait »
D adénome hypophysaire
E hyperparathyroïdie

Cas clinique 12 – QCM ++

Un homme de 60 ans est hospitalisé pour bilan d'un ictère. Il a pour seul antécédent une hépatite à l'âge de 20 ans, survenue 6 mois après un accident de la circulation, pour lequel plusieurs transfusions sanguines avaient été nécessaires.
Le patient rapporte une asthénie progressive ces derniers mois, associée à une perte de 7 kg environ en 6 mois. À l'examen clinique, vous observez un ictère cutanéomuqueux ainsi que plusieurs angiomes stellaires. Il existe une hépatomégalie irrégulière sensible à la palpation et une splénomégalie. Les résultats du bilan biologique sont les suivants :

- hémoglobine : 18 g/dL ; VGM : 90 fL ; plaquettes : 75 000/mm^3 ; GB : 6500/mm^3 ; TP : 40 % ; facteur V : 35 %.
- glycémie : 3 mmol/L ; fonction rénale normale ;
- transaminases : 3 N ; phosphatase alcaline : 1,5 N ; gamma-GT : 10 N ; bilirubine totale : 80 µmol/L ; bilirubine conjuguée 60 µmol/L ;
- antigène HBs+ ; anticorps HBc+ ; antigène HBe+ ; ADN viral détectable.

Question 1
Quel(quelles) est(sont) votre(vos) hypothèse(s) diagnostique(s) ?
A cirrhose post-hépatitique
B hépatite chronique persistante
C hépatocarcinome sur cirrhose
D cirrhose biliaire primitive
E hépatite chronique auto-immune

Question 2
Parmi les données biologiques de l'observation, lequel(lesquels) vous oriente(nt) vers une cholestase ?
A transaminases
B phosphatase alcaline
C facteur V
D gamma-GT
E bilirubine conjuguée

Question 3
Parmi les données biologiques de l'observation, lequel(lesquels) fait(font) suspecter un hépatocarcinome chez ce patient ?
A transaminases
B hémoglobine
C glycémie
D VGM
E l'ensemble des propositions précédentes

Question 4
Parmi les données biologiques de l'observation, lequel(lesquels) traduise(nt) une réplication virale B ?
A phosphatase alcaline
B antigène HBs
C antigène HBe
D ADN viral
E anticorps anti-HBc

Question 5
Parmi les examens suivants, lequel(lesquels) vous semble(nt) utile(s) au diagnostic et au pronostic ?
A dosage de l'alpha-fœtoprotéine
B tomodensitométrie abdominale
C cholangiographie rétrograde
D ponction-biopsie du foie guidée en cas de nodule à l'échographie
E IRM abdominale

Question 6
Parmi les propositions suivantes, lesquelles seraient des facteurs de risque de carcinome hépatocellulaire chez ce malade ?
A âge > 40 ans
B sexe masculin
C fibrose extensive ou cirrhose
D origine caucasienne
E réplication virale forte

Question 7
Le bilan révèle un carcinome hépatocellulaire multifocal sur cirrhose de stade Child-Pugh C. Parmi les propositions suivantes, quelle(s) mesure(s) thérapeutique(s) pouvez-vous proposer ?
A exérèse chirurgicale
B transplantation hépatique
C chimiothérapie
D soins de support
E chimio-embolisation intra-artérielle hépatique

Cas clinique 13 – QCM +

Un sujet de 59 ans, traité par fluindione pour une fibrillation auriculaire, est vu en consultation pour une constipation apparue récemment, bien corrigée par les mucilages. Il dit n'avoir jamais eu de méléna ni de rectorragie. Son médecin traitant lui a fait réaliser un test Hemoccult II® qui est positif sur deux échantillons sur trois.
Une coloscopie a mis en évidence des diverticules du côlon sigmoïde et une tumeur de 6 cm de diamètre du bas-fond cæcal. Les biopsies montrent un adénocarcinome.
Une colectomie droite est réalisée, suivie d'une anastomose iléo-transverse. Le chirurgien n'a pas noté de signe d'extension extracolique de la tumeur au cours de l'intervention. L'examen de la pièce opératoire montre que la tumeur infiltre toute la paroi colique jusqu'à la séreuse mais aucun des 13 ganglions prélevés.

Question 1
Le stade TNM de ce cancer est (1 réponse) :
A T3N0M0
B T4N0M0
C cT4N0Mx
D pT4N0Mx
E pT4NxMx
F pT4N0Mx
G impossible à déterminer à ce stade

Question 2
Concernant le test Hemoccult II®, quelle(s) est(sont) la(les) réponses exacte(s) ?
A il est demandé pour confirmer une rectorragie de sang rouge
B il est demandé pour confirmer un méléna
C il a pour objectif de dépister un gros polype ou un cancer
D il nécessite un prélèvement de selles par rectoscopie
E il exige un transit accéléré par un laxatif

Question 3
Le cancer de ce patient, vu à la coloscopie ou à l'examen macroscopique de la pièce opératoire, était vraisemblablement (une ou plusieurs réponses possibles) :
A ulcéré en son centre et végétant sur les bords
B développé sur un polype ayant un pédicule étroit
C une sténose circonférentielle régulière
D une zone érodée, plane, recouverte de fausses membranes
E développé sur les bords d'un ulcère d'aspect bénin

Question 4
Les examens préopératoires à la recherche d'une extension comportaient :
A une tomographie par émission de positons au ^{18}FDG
B une endoscopie œsogastroduodénale pour examiner le deuxième duodénum
C un scanner thoraco-abdomino-pelvien avec injection
D un dosage sérique de l'antigène carcino-embryonnaire (ACE)
E un scanner cérébral

Question 5
Une fois rétabli de son intervention, le patient peut avoir une diarrhée chronique du fait de (une ou plusieurs réponses possibles) :
A la malabsorption des sels biliaires
B le traitement par les coumariniques
C une sténose de l'anastomose iléo-colique
D un défaut de réabsorption hydrique
E la diverticulose sigmoïdienne
F résection de la valvule iléocæcale

Question 6
La surveillance postopératoire systématique comporte l'(les) examen(s) suivant(s) :
A dosage de l'antigène carcino-embryonnaire
B dosage de l'alpha-fœtoprotéine
C scanner thoraco-abdomino-pelvien
D coloscopies périodiques
E examen clinique incluant un toucher rectal
F laparoscopie

Question 7
L'anémie liée au cancer colorectal est typiquement :
A macrocytaire
B microcytaire
C hypochrome
D régénérative
E hémolytique

Cas clinique 14 – QCM +++

Un homme de 40 ans consulte pour un ictère, d'apparition progressive depuis 2 semaines. Il est avocat, fume un demi-paquet de cigarettes par jour depuis 18 ans, ne boit pas d'alcool, ne suit aucun traitement particulier. Il rapporte une asthénie progressive depuis 1 mois, associé à un amaigrissement de 4 kg en autant de temps. Il existe à l'interrogatoire une diarrhée faite de quatre selles pâteuses par jour, moins colorées qu'auparavant.
À l'examen clinique : constantes normales, apyrexie. Il existe un ictère cutanéomuqueux et des lésions de grattage sur les avant-bras et le torse. La palpation de l'abdomen met en évidence une hépatomégalie non dure, homogène, estimée à deux travers de doigts, sans ascite. Il n'y a pas de signe d'insuffisance hépatocellulaire ni d'hypertension portale.
Les résultats biologiques sont : ASAT : 2 N; ALAT : 2,5 N; PAL : 5 N; GGT : 6 N; bilirubinémie totale : 82 µmol/L (conjuguée à 70 µmol/L).

Question 1

Parmi les examens suivants, lequel prescrirez-vous en premier ?

A IRM abdominale
B écho-endoscopie digestive haute
C biopsie hépatique
D endoscopie œsogastroduodénale à la recherche de signes d'hypertension portale
E FibroScan®
F échographie hépatique

Question 2

Vous vous orientez vers une cholangite sclérosante primitive. Quels sont les deux examens d'imagerie les plus performants pour le diagnostic positif ?

A échographie hépatique
B cholangio-IRM
C cholangio-pancréatographie rétrograde par voie endoscopique
D écho-endoscopie
E aucun, le diagnostic est histologique
F scanner abdominal avec injection de produit de contraste

Question 3

Quel est l'aspect typique à l'imagerie de cette pathologie (plusieurs réponses possibles) ?

A sténose biliaire unique, longue, régulière
B sténose biliaire unique, courte, régulière
C sténoses biliaires multiples, courtes, irrégulières, séparées par des segments de calibre normal voire augmenté
D dilatations biliaires multiples et irrégulières sans sténose
E aspect « en arbre mort »

Question 4

Quelles pourraient être les anomalies évocatrices sur le bilan immunologique ?

A hypergammaglobulinémie
B augmentation des IgA
C augmentation des IgG4
D présence d'anticorps antimitochondries
E présence de pANCA

Question 5

Parmi les propositions suivantes concernant la cause de la diarrhée, quelles hypothèses privilégiez-vous ?

A malabsorption liée à la cholestase (maldigestion par carences en sels biliaires)
B maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) associée
C maladie cœliaque
D colite microscopique
E cancer colorectal

Question 6

Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont exactes concernant le risque associé de cancer ?

A il existe un risque accru de cancer du pancréas
B il existe un risque accru de carcinome hépatocellulaire
C il existe un risque accru de cancer colorectal
D il existe un risque accru de cholangiocarcinome
E il n'existe pas d'augmentation du risque de cancer

Question 7

Sur quelles mesures repose le traitement de la cholangite sclérosante primitive ?

A traitement des carences liées à la cholestase
B corticothérapie
C acide ursodésoxycholique
D dilatation endoscopique des sténoses
E transplantation hépatique dans les formes sévères

Cas clinique 15 – QCM ++

Vous recevez en consultation Monsieur J., 28 ans, pour un problème de tuméfaction de l'aine. Ce jeune homme est un sportif de haut niveau, en excellente santé par ailleurs, sans antécédent médical ni chirurgical. Il ne fume pas et ne boit qu'occasionnellement. Il ne prend aucun traitement. La gêne a commencé il y a 2 semaines au cours d'un entraînement particulièrement intense et est décrite comme une sensation de pesanteur au niveau inguinal droit. Le malade a remarqué de façon concomitante la présence d'une tuméfaction en position debout augmentant aux efforts de poussée abdominale.
À l'examen clinique, vous notez un abdomen souple et dépressible. Il existe en position debout une tuméfaction inguino-scrotale droite, expansive à la toux, réductible manuellement, indolore. À la réduction, vous constatez que le collet est situé au-dessus de la ligne de la Malgaigne (ligament inguinal). Les battements des vaisseaux épigastriques sont perçus en dedans du collet.

Question 1

Parmi les propositions suivantes, quel est votre diagnostic (deux réponses) ?

A hernie inguinale directe droite
B hernie inguinale oblique externe droite

C hernie crurale droite
D hernie simple
E hernie compliquée

Question 2
Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont des facteurs de risque de cette affection ?
A toux chronique
B dysurie
C dyspepsie
D constipation
E myopathie

Question 3
Quel(s) examen(s) paraclinique(s) demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ?
A échographie abdominale ± testiculaire
B TDM abdomino-pelvienne
C laparoscopie exploratrice
D cliché d'abdomen sans préparation (ASP)
E aucun examen

Question 4
Quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) vraie(s) concernant les hernies digestives ?
A le traitement est médical, basé sur le port de ceinture de contention
B le traitement est chirurgical, basé sur la suture musculo-aponévrotique ou sur l'interposition d'une plaque pariétale synthétique
C les hernies crurales ne sont traitées que si elles sont symptomatiques
D toutes les hernies inguinales doivent être systématiquement opérées
E la complication principale est le risque d'étranglement, qui survient plus souvent dans le cas de hernie crurale qu'inguinale

Question 5
Le malade est opéré. Quelles sont, parmi les propositions suivantes concernant les complications peropératoires possibles, celles qui sont exactes ?
A hémorragie par plaie d'un vaisseau épigastrique ou fémoral
B section du canal déférent
C lésion d'un nerf inguinal ou crural
D plaie du contenu de la hernie (grêle, vessie, côlon)
E ces complications sont fréquentes

Question 6
Parmi les propositions suivantes concernant les complications postopératoires, lesquelles sont exactes ?
A l'hématome de paroi est une des complications les plus fréquentes
B l'infection de site opératoire est une des complications les plus fréquentes
C la dysurie est une des complications les plus fréquentes
D la récidive est plus fréquente en cas d'intervention avec pose de prothèse (plaque)
E la récidive est plus fréquente en cas d'intervention sans pose de prothèse (plaque)

Question 7
Vous revoyez votre patient quelques mois plus tard aux urgences pour une plaie abdominale antérieure par arme blanche. Quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?
A les organes le plus souvent touchés dans ce contexte sont le foie et l'estomac
B les organes le plus souvent touchés dans ce contexte sont les éléments vasculaires du rétropéritoine
C le traitement est chirurgical en urgence en cas de signes d'instabilité hémodynamique ou de péritonite
D l'exploration par laparotomie est systématique
E l'exploration locale de la plaie est suffisante dans la majorité des cas

QROC

Cas clinique 16 – QROC +

Une femme de 58 ans vous consulte car elle a lu un article dans une revue sur le test Hemoccult II® et vous sollicite pour que vous lui en prescriviez un. En effet, elle rapporte des douleurs abdominales fluctuantes de siège variable depuis environ 5 ans, un transit fait d'une selle tous les 2 à 3 jours en moyenne, avec efforts de poussée et parfois présence de traces de sang à l'essuyage. Elle a remarqué que les douleurs s'estompaient le week-end et disparaissaient lors des vacances. Elle est secrétaire dans la fonction publique, célibataire, sans enfant. Elle ne prend aucun traitement. Elle mesure 165 cm pour 68 kg (+ 2 kg en 1 mois). La palpation abdominale est normale en dehors d'une sensibilité modérée le long du cadre colique. L'examen proctologique montre des hémorroïdes internes de grade II ainsi qu'une marisque. Le toucher rectal est normal. Son père est décédé à 72 ans d'un cancer du poumon. Il n'y a pas d'autre antécédent notable familial ni personnel.

Question 1
Que signifie « hémorroïdes internes de grade II » ?

Question 2
Quelle réponse donnez-vous à la patiente concernant sa requête ?

Question 3
Outre la NFS et la CRP, quels sont les quatre examens à prescrire dans ce contexte en dehors d'une coloscopie ?

Question 4
Vous retenez l'indication d'une coloscopie, donnez deux éléments indispensables à sa bonne réalisation.

Question 5
Le compte rendu de coloscopie montre « préparation satisfaisante, progression jusqu'au bas-fond cæcal.

Nombreux diverticules prédominant sur les portions sigmoïdienne et colique gauche. Pas d'autre lésion retrouvée ». Quel diagnostic retenez-vous pour expliquer les symptômes de la patiente sachant que les autres examens n'ont pas montré d'anomalie ?

Question 6

Quel traitement proposez-vous en conséquence (deux classes thérapeutiques) ?

Question 7

Grace à votre traitement, les douleurs se sont améliorées et le transit est maintenant fait d'une seule selle par jour. Six mois plus tard, la malade se présente aux urgences pour une violente douleur de la fosse iliaque gauche d'apparition brutale, ne cédant pas malgré la prise d'ibuprofène et paracétamol il y a 2 h. La température est à 38,2 °C. L'hémodynamique est normale. La palpation abdominale déclenche une douleur du flanc et de la fosse iliaque gauches sans empâtement ni défense. Le bilan sanguin montre : GB : 19 000/mm^3 (PNN 91 %), Hb : 12,4 g/dL, CRP : 92 mg/L, créatininémie 70 µmol/L. Quelle est votre hypothèse diagnostique principale ?

Question 8

Quels sont les deux signes, au scanner abdominal, qui vous conforteraient dans votre hypothèse ?

Question 9

Votre diagnostic est confirmé. Il n'y a pas de signe de complication à l'imagerie. Quelles en sont les bases du traitement ambulatoire (trois items) chez cette malade ?

Cas clinique 17 – QROC ++

Vous recevez aux urgences Mademoiselle A., âgée de 22 ans, pour des douleurs abdominales associées à des vomissements. Elles sont localisées au niveau de la fosse iliaque droite avec irradiation en hypogastre et associées à une pollakiurie. Elles ont commencé la veille et la patiente n'a pas fermé l'œil de la nuit. Elle est étudiante en pharmacie et a pour seul antécédent une salpingite aiguë il y a 2 ans, résolutive sous antibiothérapie seule. Elle ne prend aucun médicament, fume un demi-paquet de cigarettes par jour depuis 4 ans, ne consomme d'alcool que lors des soirées étudiantes. La PA est à 120/75, la FC à 115 bpm, la SpO_2 à 97 %, la température de 38,2 °C. À l'examen physique, il existe une douleur avec défense à la palpation de la fosse iliaque droite et de l'hypogastre.

Question 1

Quels sont les trois diagnostics gynécologiques à évoquer en priorité devant ce tableau ?

Question 2

Quels sont les quatre éléments indispensables qui manquent à votre examen clinique ?

Question 3

La NFS montre : Hb : 11,5 g/dL, VGM : 88 fL, plaquettes : 314 000/mm^3, leucocytes : 13 500/mm^3 dont 87 % de polynucléaires neutrophiles. TP : 94 %, TCA : 1,1. Créatininémie : 75 µmol/L. CRP : 67 mg/L. BU : leucocytes négatifs, nitrites négatifs.
Quels examens complémentaires prescrivez-vous en urgence (trois items) ?

Question 4

Une échographie abdominale ne s'est pas révélée contributive. Sur ce scanner (figure 5), quel diagnostic retenez-vous ?



Figure 5.

Question 5

Quels sont les quatre principes de votre prise en charge (cinq items) ?

Question 6

Vu l'antécédent de salpingite, vous proposez un dépistage de l'infection par le VIH à la patiente. De quel(s) type(s) de test(s) s'agit-il ?

Question 7

Donnez-en les quatre conditions de réalisation.

Question 8

Ce dépistage est positif. Votre patiente revient vous voir plusieurs années plus tard. Elle est depuis peu sous traitement antirétroviral. Elle se plaint d'une diarrhée depuis 3 semaines. Quelles en sont les principales causes bactériennes (cinq items) chez un patient infecté par le VIH avec CD4 > 200/mm^3 ?

Question 9

Quelles causes infectieuses supplémentaires devez-vous évoquer en cas de CD4 < 200/mm^3 ?

Cas clinique 18 – QROC +

Une femme âgée de 82 ans est conduite aux urgences pour douleurs abdominales aiguës. Dans ses antécédents, on trouve : HTA essentielle, dyslipidémie, gonarthrose bilatérale, cataracte et maladie d'Alzheimer débutante. Elle est traitée par irbésartan, aspirine, atorvastatine et rivastigmine. Les douleurs ont débuté la veille au soir, d'intensité progressivement croissante, elles sont associées à un arrêt des matières et des gaz, ainsi qu'à des nausées. Il n'existe pas d'altération récente de l'état général ni de modification du transit au cours des dernières semaines. Cliniquement, il existe une distension abdominale avec tympanisme à

la percussion, une sensibilité diffuse sans défense ; les bruits hydroaériques sont présents. À la fin de l'examen, la patiente émet un vomissement fécaloïde. L'hémodynamique est stable, il n'y a pas de fièvre.

Question 1
Quels sont les quatre éléments de l'interrogatoire et de l'examen clinique faisant suspecter une occlusion intestinale ?

Question 2
Quels sont les trois éléments manquants de votre examen clinique ?

Question 3
Comment caractérisez-vous ce syndrome occlusif ?

Question 4
Quels sont les quatre risques majeurs du syndrome occlusif sur ce terrain ?

Question 5
Quels examens complémentaires biologiques prescrivez-vous ?

Question 6
Interprétez la coupe de scanner présentée ci-contre (figure 6) (deux items). Quelle serait la conclusion du radiologue ?

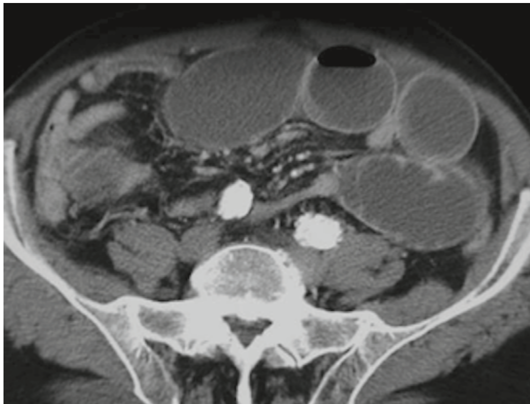


Figure 6.

Question 7
Quelles sont les trois causes de syndrome occlusif de siège sigmoïdien à évoquer sur ce terrain ?

Question 8
Quels sont les quatre grands principes de prise en charge en dehors du traitement étiologique ?

Question 9
Quel est le traitement spécifique immédiat d'une occlusion colique par volvulus du sigmoïde sur ce terrain ?

Cas clinique 19 – QROC +

Une femme de 54 ans se présente aux urgences pour douleurs abdominales intenses ayant débuté brutalement et évoluant depuis 6 heures. Elle est traitée par anticalciques pour une HTA essentielle, est sous hormonothérapie depuis 2 ans pour un syndrome climatérique invalidant et elle prend de l'ibuprofène depuis une semaine pour un lumbago. Elle est fumeuse active à 25 paquets-années, consomme l'équivalent de 30 g d'alcool pur par jour. Elle n'a pas d'autre antécédent.
Les constantes sont : PA : 105/65 ; FC : 102 bpm ; SpO_2 : 94 % ; température : 37,9 °C. L'abdomen est douloureux de façon diffuse. Il existe une défense à la palpation de l'épigastre et de l'hypochondre droit et une disparition de la matité pré-hépatique.
La biologie montre : GB : 11650/mm^3 ; Hb : 12,7 g/dL ; plaquettes ; 245 600/mm^3 ; TP : 92 % ; le ionogramme sanguin et la créatininémie sont normaux. La CRP est à 43 mg/L.

Question 1
Quel diagnostic suspectez-vous ?

Question 2
Quelle exploration complémentaire est nécessaire à ce stade ?

Question 3
Votre hypothèse est confirmée. La patiente est hospitalisée. Quelle est la conduite à tenir en urgence (six items) ?

Question 4
Quels sont les deux agents étiologiques les plus probables chez cette patiente ?

Question 5
Y avait-il une indication théorique à une prophylaxie médicamenteuse avec la prise du médicament de sa lombalgie chez cette patiente ?

Question 6
Quel traitement prescrivez-vous à la patiente à la sortie de l'hospitalisation et pour quelle durée ?

Question 7
Quelles sont les indications d'examen endoscopique de contrôle dans l'ulcère gastrique ou duodénal ?

Question 8
Un mois après l'arrêt du traitement, la patiente signale la réapparition de douleurs abdominales épigastriques et l'apparition d'une diarrhée. Une nouvelle endoscopie œsogastroduodénale est réalisée et montre une œsophagite érosive, une stase gastrique malgré les 12 h de jeûne et de multiples ulcères duodénaux. Quel est le principal diagnostic ?

Cas clinique 20 – QROC +++

Madame M., patiente de 42 ans, vous consulte pour une dysphagie fluctuante évoluant depuis environ 1 an. Elle rapporte des difficultés à la déglutition intermittentes, transitoires et récidivantes, surtout aux liquides et occasionnellement aux solides. Ces symptômes sont depuis peu accompagnés d'une douleur de localisation vague, tantôt épigastrique, tantôt

rétrosternale. Elle se plaint également fréquemment de régurgitations acides post-prandiales.
Cette patiente ne boit pas d'alcool et rapporte un tabagisme sevré estimé à 20 PA. Elle ne prend pas de médicaments en dehors d'amytriptyline pour une dépression récurrente.

Question 1
Quelles sont les principales causes sténosantes de dysphagie (en citer quatre) ?

Question 2
Quels sont les quatre signes d'alarme à rechercher chez cette patiente à l'examen clinique ?

Question 3
Quel(s) examen(s) prescrivez-vous en première intention ?

Question 4
L'endoscopie œsogastroduodénale montre un aspect de dilatation de la moitié inférieure de l'œsophage contenant des résidus alimentaires en amont d'une sténose cardiale infranchissable sans anomalie de la muqueuse.
L'examen suivant a été réalisé (figure 7). Quel est votre diagnostic ?

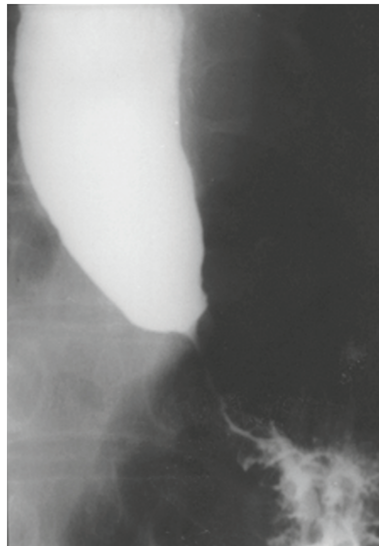


Figure 7.

Question 5
Quel examen prescrivez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

Question 6
Quel autre examen doit être discuté ?

Question 7
Quels traitements spécifiques pouvez-vous proposer à cette patiente ?

Question 8
Vous optez pour un traitement endoscopique. Dans les heures suivant votre intervention, votre patiente se plaint d'une douleur thoracique rétrosternale intense accompagnée d'une dyspnée. La température est à 38,6 °C. Quelle complication redoutez-vous ?

Question 9
La patiente vous reproche cette complication, ainsi que de ne pas l'avoir prévenue de la possibilité de sa survenue. Elle souhaite porter plainte pour obtenir une réparation. Quelle(s) démarche(s) peut-elle engager ?

Cas clinique 21 – QROC +

Vous recevez en consultation Monsieur R., journaliste, 38 ans, pour suspicion de reflux gastro-œsophagien. Il n'a aucun antécédent, rapporte une consommation d'alcool mondaine et fume un paquet de cigarettes par jour depuis 15 ans. Il mesure 178 cm pour 96 kg (poids stable). Il rapporte des brûlures rétrosternales ascendantes de survenue post-prandiale, augmentées lorsqu'il se penche en avant, depuis 3 mois environ. Il a parfois des régurgitations acides avec goût métallique dans la bouche. Il n'éprouve ni dysphagie ni douleur à la déglutition. Il n'y a pas de notion d'hématémèse ou de méléna. La NFS et la CRP sont normales.

Question 1
Quelle(s) exploration(s) vous semble(ent) nécessaire(s) ? Sur quels arguments ?

Question 2
Quels sont les principes du traitement médicamenteux ?

Question 3
Votre malade revient car la symptomatologie ne s'est pas améliorée malgré un traitement bien suivi. Quel examen réalisez-vous et que recherchez-vous ?

Question 4
Si cet examen est normal, quel examen de seconde intention devez-vous lui proposer ?

Question 5
En fait, l'endoscopie œsogastroduodénale montre un aspect typique d'endobrachyœsophage. Faites-en une description macroscopique.

Question 6
Quelle en est la définition histologique ?

Question 7
Quel en est le risque évolutif ?

Question 8
Quelle prise en charge médicamenteuse proposez-vous au patient ?

Cas clinique 22 – QROC ++

Vous voyez ce jour en consultation Madame V. pour des douleurs abdominales évoluant depuis plusieurs semaines. Cette patiente de 47 ans a comme antécédents une hypertension artérielle traitée par amlodipine et un ulcère du fundus gastrique traité à plusieurs reprises par ésoméprazole. Elle vous signale qu'elle a

été hospitalisée il y a 1 mois pour une embolie pulmonaire non grave, pour laquelle elle est actuellement traitée par fluindione 1,5 comprimé par jour. Au cours de cette hospitalisation, une anémie ferriprive a été découverte, avec une hémoglobine à 8,5 g/dL, et qui a persisté à 9 g/dL malgré une supplémentation en fer bien conduite.

Madame V. mesure 165 cm et pèse 55 kg (soit 8 kg de moins qu'il y a 1 an). D'ordinaire énergique, elle se plaint d'un essoufflement à l'effort qui la gène pour monter les escaliers. Ses douleurs sont localisées au creux épigastrique, non irradiantes et peu influencées par l'alimentation. L'examen abdominal met en évidence un empâtement épigastrique sensible sans défense à la palpation, une hépatomégalie irrégulière ainsi qu'une matité des flancs à la percussion. Il n'y a pas de notion de rectorragie ou de méléna. Le transit est normal.

L'endoscopie gastrique met en évidence une ulcération de la grande courbure saignant au contact. Il existe un aspect tubulisé du reste de l'estomac avec de gros plis rigides ne s'effaçant pas à l'insufflation. L'examen anatomopathologique conclut à la présence d'un adénocarcinome gastrique peu différencié avec présence de cellules en « bagues à chaton ».

Question 1
Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ?

Question 2
Quel est votre bilan d'extension paraclinique (2 examens) ?

Question 3
Le bilan d'extension a mis en évidence une carcinose péritonéale. Selon quel plan en quatre temps doit être organisée l'annonce du diagnostic à la patiente ?

Question 4
Après discussion pluridisciplinaire, il a été décidé de réaliser une chimiothérapie associant 5-fluoro-uracile et cisplatine en utilisant une chambre implantable.

Vous retrouvez Madame V. aux urgences 7 jours après sa troisième cure de chimiothérapie. Les deux premières cures ont été moyennement tolérées avec une diarrhée (quatre selles par jour), une mucite et d'importantes nausées. Ses constantes sont : PA : 135/85 mmHg ; FC : 95 bpm ; température : 38,6 °C ; SpO_2 : 98 %, poids : 56 kg. Il existe une asthénie modérée et une mucite de grade I, le reste de l'examen clinique est sans particularité. Elle vous remet les résultats des examens biologiques réalisés la veille en ville :

- Hb : 8,5 g/dL ;
- plaquettes : 90 000/mm^3 ;
- leucocytes : 1800/mm^3 (lymphocytes : 53 % et polynucléaires neutrophiles : 27 %).

Quel est votre diagnostic ?

Question 5
Quels examens complémentaires demandez-vous (quatre items) ?

Question 6
Quels sont les trois éléments indispensables de votre prise en charge immédiate ?

Question 7
Il est décidé de poursuivre le même protocole de chimiothérapie à doses adaptées. Outre les traitements symptomatiques, quelles sont les deux classes thérapeutiques à prescrire pour les cures suivantes en prévention secondaire ?

Question 8
Vous revoyez la malade 4 jours après la quatrième cure car elle présente des vomissements incoercibles depuis sa sortie malgré le suivi rigoureux de vos conseils, empêchant toute alimentation. Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ?

Question 9
Après le bilan d'évaluation, vous concluez à une nette progression de la maladie. La malade est néanmoins en relativement bon état général. Vous souhaitez l'inclure dans un protocole d'essai thérapeutique de phase I. Quel en sera le critère principal de jugement ?

Cas clinique 23 – QROC ++

Étant de garde aux urgences la nuit du nouvel an, vous recevez Madame O. pour de violentes douleurs abdominales. Cette patiente de 53 ans présente depuis 4 heures des douleurs épigastriques transfixiantes insupportables, qui sont apparues rapidement au décours du dîner du réveillon et qui se sont aggravées par les prises alimentaires. Elle a eu deux vomissements.

Les antécédents se résument à une appendicectomie dans l'enfance, un reflux gastro-œsophagien chronique, une dyslipidémie et une hypertension artérielle essentielle. Son traitement comporte : fénofibrate, oméprazole, olmésartan, hydrochlorothiazide. Elle est mère de cinq enfants, tous en bonne santé.

Elle pèse 88 kg pour 166 cm, et n'a pas perdu de poids récemment. La PA est à 110/65, la FC à 116 bpm, la température à 37,8 °C, la SpO_2 à 91 %. L'examen clinique est difficile tant la douleur est intense, même si celle-ci est quelque peu soulagée par la position en chien de fusil. Il n'y a pas de défense ni de contracture abdominale.

Question 1
Quelle est l'hypothèse diagnostique la plus probable ?

Question 2
Votre diagnostic le plus probable est confirmé.

Question 3
Quel examen d'imagerie devez-vous réaliser en urgence ?

Question 4
Les premiers résultats biologiques sont les suivants :

- Hb : 15,6 g/dL ;
- Ht : 51 % ;

- GB : 18 000/mm^3 (dont 87 % de PNN) ;
- Na : 142 mmol/L ;
- K : 3,4 mmol/L ;
- urée : 13 mmol/L ;
- créatinine : 126 µmol/L ;
- glycémie : 8,4 mmol/L ;
- ASAT : 2 N ;
- ALAT : 5 N ;
- GGT : 5 N ;
- PAL : 2 N ;
- bilirubine totale : 19 µmol/L ;
- lipasémie : 6 N.

Quelle est la cause la plus probable de l'affection qui a motivé la consultation ?

Question 5
Sur quels éléments paracliniques évaluer la gravité de cette maladie ?

Question 6
Quelles sont les deux principales causes de mortalité de cette pathologie ?

Question 7
Interprétez cette imagerie (résultats pathologiques principaux et votre conclusion) réalisée 50 heures après l'admission (figure 8).

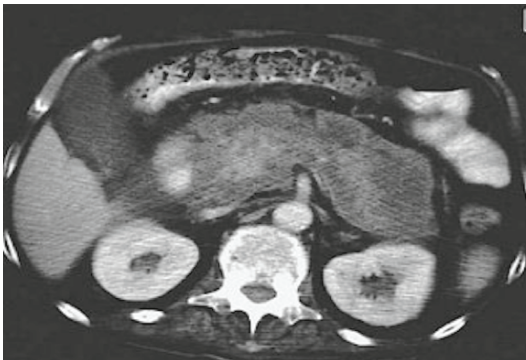


Figure 8.

Question 8
Quels sont les cinq grands principes de votre prise en charge initiale ?

Question 9
Quel autre élément important de votre prise en charge devra être réalisé à moyen terme ?

Cas clinique 24 – QROC +

Vous recevez Madame J. en consultation pour une élévation des transaminases. Cette patiente de 62 ans, retraitée, est mère de 3 enfants (40, 35 et 32 ans) dont le premier est né par césarienne, avec hémorragie de la délivrance. Elle a pour antécédents une hypertension artérielle essentielle, une dyslipidémie et un syndrome coronarien aigu il y a 2 ans traité efficacement par un stent coronarien. Son traitement comporte : aspirine, aténolol, énalapril, atorvastatine. Elle ne fume pas et ne consomme pas d'alcool.

Cliniquement, elle ne présente aucune plainte particulière, en particulier aucun symptôme d'angor, d'essoufflement ni de douleur abdominale. Madame J. pèse 91 kg pour 169 cm. La PA est à 133/82 mmHg, la FC à 64 bpm, la température à 36,9 °C. L'examen clinique est normal en dehors d'une hépatomégalie à deux travers de doigts, à bord inférieur non dur.

Le bilan biologique réalisé à jeun est le suivant :

- NFS, ionogramme sanguin et CRP : normaux ;
- créatininémie : 95 µmol/L ; ALAT ; 87 UI/L (N < 45) ; ASAT : 75 UI/L (N < 40) ; gamma-GT : 84 UI/L (N < 40) ; phosphatases alcalines : 115 UI/L (N < 120) ; bilirubine totale : 9 µmol/L ; TP : 91 %,
- glycémie : 2,06 g/L ; triglycéridémie : 1,7 g/L ; HDLc : 0,6 mmol/L ; LDLc : 1,8 mmol/L.

Un précédent bilan biologique réalisé il y a 3 mois avait déjà montré une élévation modérée des transaminases à 2 fois la normale. Une échographie abdominale montre un foie homogène et hyperéchogène, aux contours réguliers, avec perméabilité des systèmes porte et supra-hépatique. Il existe un sludge vésiculaire et présence de deux calculs intravésiculaires mobiles. Les voies biliaires intra- et extrahépatiques ne sont pas dilatées, sans obstacle visualisable. La dernière échographie cardiaque montrait une FEVG à 54 %.

Question 1
Quelles sont les trois causes possibles d'élévation des transaminases chez cette patiente ?

Question 2
Quel geste chirurgical programmez-vous en ce qui concerne la lithiase biliaire vésiculaire ?

Question 3
Vous concluez à une origine métabolique des perturbations du bilan hépatique, quels sont les quatre grands principes de la prise en charge thérapeutique ?

Question 4
Madame J. vous consulte à nouveau 1 mois plus tard car elle « pense que son problème au foie s'est aggravé ». En effet, elle a eu des crises douloureuses de l'hypochondre droit, survenues de façon brutale et imprévue à deux reprises dans les trois dernières semaines, dont l'une après un repas copieux. Elles ont toutes cédé spontanément en environ 2 à 3 heures, et étaient accompagnées d'une difficulté inspiratoire. Quel est votre diagnostic ?

Question 5
Quel traitement spécifique proposez-vous à la patiente ?

Question 6
Vous programmez un geste thérapeutique pour la semaine suivante. Mais la veille au soir, vous voyez votre patiente aux urgences car elle ne va vraiment pas bien : les douleurs ont repris depuis ce matin après le petit déjeuner, et sont accompagnées de nausées et d'une fièvre à 38,8 °C depuis quelques heures.

À l'examen clinique, il n'existe pas d'ictère, la patiente est stable hémodynamiquement, il existe un signe de Murphy à la palpation abdominale.
Définissez un signe de Murphy.

Question 7
Quelle est votre hypothèse diagnostique ? Comment la confirmez-vous ?

Question 8
Votre diagnostic est confirmé par les examens paracliniques. Quels sont les deux grands principes de votre prise en charge thérapeutique ?

Question 9
La patiente hésite à se faire opérer. Quelle alternative existe-t-il à la chirurgie ?

Cas clinique 25 – QROC ++

Madame R., 64 ans, consulte aux urgences pour des douleurs abdominales avec fièvre ayant débuté il y a 36 heures. Cette patiente a comme antécédents un surpoids, une hypertension artérielle, une dyslipidémie, un diabète de type 2 et un ulcère gastrique. Elle a quatre enfants, dont deux nés par césarienne. Son ordonnance comporte : aténolol, fénofibrate, metformine et oméprazole.
Les constantes sont les suivantes : PA : 82/56 mmHg ; FC : 107 bpm ; SpO_2 : 90 %, FR : 25/min ; température : 39,6 °C. La malade est consciente et orientée, nauséeuse. Elle frissonne et vous notez des marbrures des deux genoux ainsi qu'une froideur des extrémités. L'abdomen est globalement douloureux, particulièrement au niveau de l'épigastre et de l'hypochondre droit. L'ECG est normal en dehors d'une tachycardie sinusale.

Question 1
Quel est votre diagnostic syndromique à ce stade ?

Question 2
Quelles sont vos deux principales hypothèses diagnostiques à ce stade ? Justifiez.

Question 3
En réexaminant votre malade, vous remarquez une coloration jaune des conjonctives, dont elle ne s'était pas rendu compte. Celle-ci vous informe que ses urines sont anormalement foncées.
Les résultats du bilan biologique prélevé en urgence sont les suivants :

- Hb : 11,6 g/dL ; GB : 26 000/mm^3 (PNN 96 %) ; plaquettes : 16 8000/mm^3 ; TP : 85% ; TCA : 1,3 ;
- Na : 135 mmol/L ; K : 4,3 mmol/L ; Cl : 98 mmol/L ; créatininémie : 226 µmol/L ; urée : 12 mmol/L ; lactates : 2,8 mmol/L ; CRP : 230 g/L ;
- ASAT : 2 N ; ALAT : 3 N ; bilirubinémie : 96 µmol/L (88 de conjuguée) ; GGT : 4 N ; PAL 5 N ; lipase ; 2 N ;
- HCO_3 : 16 mmol/L ; pH : 7,32 ; PaO_2 : 68 mmHg ; $PaCO_2$: 39 mmHg.

Quelle est alors votre hypothèse diagnostique principale ?

Question 4
Comment interprétez-vous les gaz du sang ?

Question 5
En dehors du contexte d'urgence, quels sont les deux examens les plus sensibles pour mettre en évidence une lithiase cholédocienne ?

Question 6
Quels sont les grands principes de votre prise en charge spécifique ?

Question 7
Quels germes peuvent être responsables de ce tableau ? Quelle antibiothérapie probabiliste proposez-vous en première intention ?

Question 8
Quel était le facteur de risque iatrogène de lithiase biliaire chez cette patiente ?

Cas clinique 26 – QROC ++

Vous recevez en consultation ce jour Monsieur L. pour anomalies du bilan hépatique. Ce jeune cadre de 35 ans, habituellement dynamique, vous est envoyé par son rhumatologue, qui le suit pour une asthénie associée à des arthralgies évoluant depuis 3 mois. Les douleurs articulaires prédominent aux poignets, aux coudes, aux métacarpophalangiennes et aux interphalangiennes proximales de manière bilatérale et sont de rythme inflammatoire. La recherche d'anticorps antinucléaires, d'ANCA et du facteur rhumatoïde était négative. Dans ses antécédents, on note une tuberculose pulmonaire dans l'enfance, une fracture du poignet gauche sur chute de sa hauteur il y a un mois et demi et une consommation d'alcool d'environ 70 g par jour pendant une douzaine d'années ; il est sevré depuis environ 3 mois sur les conseils de son rhumatologue. C'est la persistance des anomalies du bilan hépatique qui a motivé la présente consultation. Monsieur L. pèse 70 kg pour 172 cm et n'a pas perdu de poids récemment. Les constantes sont : PA : 140/85 mmHg ; FC : 85 bpm ; température : 37,7 °C. L'examen clinique est normal en dehors des polyarthralgies et d'une hépatomégalie à deux travers de doigts.
Le bilan biologique montre :

- Hb : 14,5 g/dL ; GB : 7000/mm^3 ; plaquettes : 350 000/mm^3 ; TP : 89 % ;
- ASAT : 2,1 N ; ALAT : 2,5 N ; gamma-GT et phosphatases alcalines normales ; bilirubinémie totale : 15 µmol/L ; CRP : 5 mg/L ; albuminémie : 34 g/L ; ferritinémie : 1250 µg/L ; glycémie : 1,12 g/L ;
- anticorps anti-VIH négatifs, anticorps anti-VHC négatifs, antigène HBs négatif, anticorps anti-HBs positifs, anticorps anti-HBc positifs.

Question 1
Interprétez les résultats de la sérologie de l'hépatite B.

Question 2
Quelles sont les quatre principales causes d'hyperferritinémie ?

Question 3

Le coefficient de saturation de la transferrine est à 82 %. Quel est votre diagnostic ? Quel est le stade de la maladie ?

Question 4

Quels sont les cinq éléments indispensables pour compléter le bilan de l'atteinte hépatique ?

Question 5

Quels sont les six éléments indispensables pour compléter le bilan de l'atteinte extra-hépatique ?

Question 6

Vous trouvez l'hémoglobine glyquée à 7,7 %. Qu'en pensez-vous ?

Question 7

Vous suspectez une origine génétique. Quel est le gène généralement impliqué, quelle est la principale mutation à rechercher ?

Question 8

Quelle est la principale mesure thérapeutique à proposer au patient ?

Question 9

Le traitement que vous instaurez se révèle efficace. Lors d'une consultation de suivi, Monsieur L. vous rapporte tout de même une aggravation de ses problèmes rhumatologiques. En effet, cela fait plusieurs semaines que sa main droite le fait souffrir, en particulier les II et III. Les douleurs sont à prédominance nocturne et sont accompagnées de fourmillements. Il existe également une dysesthésie au toucher. Par ailleurs, votre patient se plaint depuis quelques jours d'une douleur inhabituelle du genou droit, qui est chaud, rouge, douloureux à la palpation, et augmenté de volume. Il vous montre la radiographie du genou droit réalisée à la demande de son rhumatologue (figure 9).



Figure 9.

Quel est votre diagnostic pour l'atteinte de la main ?

Question 10

Quel est votre diagnostic pour l'atteinte du genou?

Cas clinique 27 – QROC +++

Vous recevez dans votre cabinet de consultation Monsieur T., 43 ans, pour altération de l'état général. Ce patient rapporte une consommation d'alcool d'environ quatre bières à 7° et deux bouteilles de vin à 12° par jour, d'augmentation récente. Il fume un paquet de cigarettes par jour depuis 20 ans.

Vous remarquez immédiatement un ictère cutanéo-muqueux intense, ainsi que plusieurs lésions de grattage. Les constantes sont normales, la température est à 37,9 °C. Il existe une hépatomégalie à bord inférieur tranchant ainsi qu'une circulation veineuse collatérale. L'examen neurologique est normal. Le bilan réalisé la veille sur la demande de son médecin traitant montre :

- Hb : 10,5 g/dL ; VGM : 107 fL ; leucocytes : 24 000/mm^3 dont 88 % de PNN ; plaquettes : 65 000/mm^3 ; TP : 40 % ; facteur V : 44 % ;
- ASAT : 185 UI/L ; ALAT : 169 UI/L ; gamma-GT : 146 UI/L ; phosphatases alcalines : 320 UI/L ; bilirubine totale : 124 µmol/L.

Vous évoquez une hépatite alcoolique aiguë sur probable cirrhose alcoolique.

Question 1

Quel est votre principal diagnostic différentiel ? Par quel examen l'élimineriez-vous ?

Question 2

Comment apprécier la sévérité (et le seuil retenu) de cette pathologie ?

Question 3

Quel examen complémentaire est indispensable pour confirmer le diagnostic ? Quel est le résultat attendu ?

Question 4

Quelle précaution faut-il prendre avant d'initier le traitement spécifique ?

Question 5

Quelle est la mesure principale de votre prise en charge immédiate ?

Question 6

Vous revoyez Monsieur T. 2 ans plus tard, cette fois-ci aux urgences de votre hôpital, où votre ancien patient se présente pour des vomissements de sang. À l'examen clinique, les constantes sont les suivantes : PA : 110/65 ; FC : 104 bpm ; température : 37,4 °C ; SpO_2 : 92 %. Monsieur T. semble avoir maigri depuis 2 ans. Il n'y a pas de troubles de la conscience. Vous notez plusieurs angiomes stellaires et une érythrose palmaire. Il existe un astérixis. Le toucher rectal ramène un méléna. Quel est votre diagnostic ?

Question 7

Quels facteurs déclenchants devez-vous rechercher pour expliquer l'astérixis ?

Question 8

Quels sont les trois éléments majeurs de votre prise en charge (hors endoscopie) ?

Question 9
Quelles sont les deux conditions préalables nécessaires pour la réalisation de l'endoscopie et quels sont les deux intérêts de cet examen ? Quel est votre diagnostic pour l'atteinte du genou ?

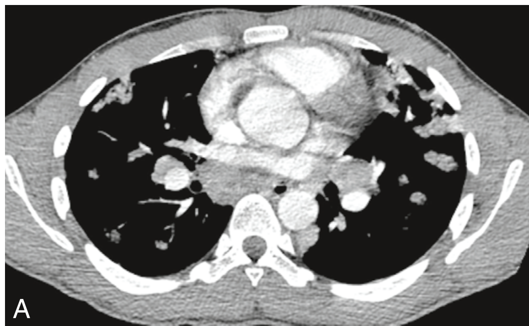
Cas clinique 28 – QROC +++

Vous recevez en consultation Monsieur C., mauritanien, 30 ans, vivant en France depuis 2001, pour toux sèche et asthénie. Il est célibataire, sans enfant, sans emploi et vit en foyer. Vous le suivez depuis 2003 pour un portage chronique inactif de l'antigène HBs.

Question 1
Des anomalies aspécifiques sur le cliché thoracique vous conduisent à réaliser l'imagerie suivante (figure 10). Décrivez l'imagerie (deux anomalies).

Question 2
Quelles sont vos quatre hypothèses diagnostiques principales ?

Question 3
Vous confiez le malade à vos confrères pneumologues. La fibroscopie bronchique est normale. L'aspiration bronchique ne retrouve pas de bacille acido-alcoolo-résistant au direct, La PCR-BK sur lavage broncho-alvéolaire est négative. Les biopsies bronchiques montrent une inflammation subaiguë non spécifique, pas de prolifération épithéliale atypique, pas de granulome, pas de nécrose caséeuse. Il est décidé d'instaurer un traitement antituberculeux d'épreuve. En quoi consiste-t-il ?



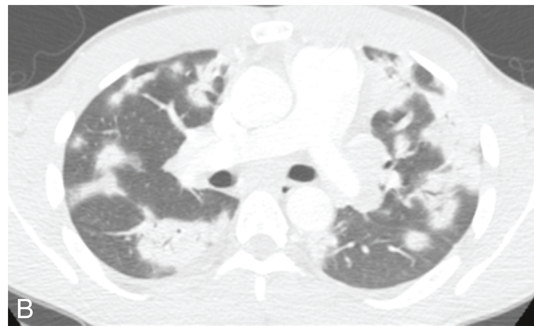


Figure 10.

Question 4
Quelles sont les quatre principales précautions à prendre afin de prévenir l'hépatotoxicité des antituberculeux ?

Question 5
Vous revoyez votre patient aux urgences à J50, adressé par votre confrère pneumologue. Monsieur C. vous montre les résultats des examens suivants (figure 11), et un écho-Doppler hépatique réalisé à l'extérieur, qui est normal. Les constantes sont les suivantes : température : 37,5 °C ; PA : 158/107 mmHg ; FC : 122/min ; SpO_2 : 96 % en air ambiant. À l'examen clinique, vous notez une encéphalopathie grade 2, des pupilles en myosis, symétriques et réactives et un ictère franc. La palpation abdominale est normale.
Quel diagnostic posez-vous ?

	J0	J22	J50
ASAT (N < 44)	32	48	4 691
ALAT (N < 34)	51	75	4 910
GGT (N < 61)	40	139	254
Bili (N < 17)	11	7	226
TP	96%		16% (V = 38%)

Figure 11.

Question 6
Quelles sont vos trois hypothèses diagnostiques étiologiques ?

Question 7
Quelles sont les quatre mesures spécifiques de la prise en charge thérapeutique de votre malade en dehors des mesures symptomatiques de réanimation ?

Question 8
Malgré la prise en charge adaptée, l'état neurologique de votre malade s'aggrave, requérant une intubation et une ventilation mécanique. Les résultats biologiques sont les suivants : TP 5 % et FV 14 %. Quel traitement proposez-vous ?

Cas Clinique 29 – QROC ++

Vous recevez en consultation Monsieur T. 54 ans, pour des douleurs abdominales chroniques. Il pèse 137 kg pour 178 cm et a pour antécédents : diabète de type 2, hypertension artérielle, infarctus du myocarde ayant justifié la pose d'un stent, artérite oblitérante des membres inférieurs de stade II selon Leriche et Fontaine, dyslipidémie et tabagisme en cours de sevrage depuis 1 an. Son traitement comporte : insuline, gliclazide, metformine, aspirine, atorvastatine, aténolol, énalapril et amlodipine.

Il rapporte des douleurs péri-ombilicales depuis 6 mois, survenant en période post-prandiale précoce, accompagnées parfois de vomissements, responsables d'une crainte de s'alimenter et d'un amaigrissement de 6 kg en 3 mois. Il rapporte également une tendance à des selles liquides depuis plusieurs semaines. L'ensemble des symptômes s'est installé de façon progressive. L'examen physique abdominal, réalisé en dehors d'une période douloureuse, trouve un abdomen pléthorique, souple, sans masse palpée. Le toucher rectal est normal.

Question 1
Devant ce syndrome douloureux abdominal chronique, quel diagnostic évoquez-vous ?

Question 2
Quel en est le mécanisme physiopathologique le plus probable ?

Question 3
Quel examen d'imagerie prescrivez-vous pour l'objectiver ?

Question 4
Monsieur T. n'a pas eu le temps de réaliser cet examen et vous le retrouvez aux urgences pour une douleur abdominale aiguë. À ses dires, il s'agit de la même douleur que celle décrite auparavant, mais persistante, beaucoup plus intense, et accompagnée de nausées et de vomissements, ainsi que d'une diarrhée sanglante. Les constantes sont : PA : 117/73 mmHg ; FC : 105 bpm ; SpO_2 : 90 % ; température : 37,9 °C. Vous notez une défense généralisée à la palpation abdominale, ainsi qu'une diminution des bruits hydroaériques. Quel est votre diagnostic ?

Question 5
Quel(s) examen(s) demandez-vous pour le confirmer ?

Question 6
Quels sont les quatre principes de votre prise en charge thérapeutique ?

Question 7
Quel est le mécanisme physiopathologique possible le plus probable ici ?

Question 8
Quel geste thérapeutique peut se compliquer classiquement de ce tableau ?

Question 9
Quelle est la séquelle la plus fréquemment observée chez les malades survivants à cette maladie ?

Cas clinique 30 – QROC +

Vous recevez en consultation un jeune homme de 25 ans pour perturbation du bilan hépatique. Il est d'origine portugaise, vit en France depuis 6 mois, n'a pas d'antécédent personnel notable, consomme modérément de l'alcool et ne fume pas. Son frère aîné est décédé accidentellement il y a 5 ans au Portugal. D'après le patient, il avait une maladie neurologique indéterminée et présentait comme principaux signes des tremblements et une rigidité des membres.
Cliniquement, l'examen abdominal est normal, en particulier il n'y a ni hépatomégalie ni signe d'insuffisance hépatique ou d'hypertension portale.
Le bilan biologique a été réalisé à la demande du médecin du travail de sa nouvelle entreprise et les résultats sont les suivants : Hb : 10,5 g/dL ; VGM : 96 fL ; réticulocytes : 120 000/mm^3 ; GB : 7800/mm^3 ; ASAT : 2,3 N ; ALAT : 2,6 N ; gamma-GT : 1,5 N. Les phosphatases alcalines, la bilirubine et le temps de Quick sont normaux.
Vous suspectez une maladie de Wilson.

Question 1
Quel en est le mécanisme physiopathologique ?

Question 2
Quel en est le mode de transmission ?

Question 3
Quelles sont les deux manifestations extra-hépatiques les plus fréquentes ?

Question 4
Quels sont les trois modes de présentation possible de l'atteinte hépatique de la maladie de Wilson ?

Question 5
Quel signe clinique en est pathognomonique ?

Question 6
Quels sont les deux examens biologiques simples à réaliser à visée diagnostique ? Quels en sont les résultats attendus ?

Question 7
Sur quoi repose le traitement de la maladie de Wilson au stade initial ?

CC mixtes

Cas clinique 31 – mixte ++

Madame P., 62 ans, fumeuse à 30 paquets-années, consulte pour des douleurs abdominales chroniques, évoluant depuis de nombreuses années. Ces douleurs étaient habituellement spasmodiques, migratrices et accompagnées de ballonnement abdominal. Jusque-là, elles étaient d'ordinaire soulagées par l'émission de selles, dures, sans trace de sang. La patiente était moins gênée en période de vacances. Une coloscopie avait été réalisée 9 ans auparavant et était normale. Depuis 5 mois environ, les symptômes se sont modifiés, avec une augmentation de l'intensité des douleurs et une tendance diarrhéique. À l'examen clinique, vous trouvez la patiente fatiguée et un peu pâle. La palpation

abdominale ne trouve qu'une sensibilité de la fosse iliaque gauche et le toucher rectal est normal.

Question 1 – QCM

Quelle est votre principale hypothèse diagnostique concernant les douleurs chroniques anciennes ?

A cancer colorectal
B trouble fonctionnel intestinal
C maladie inflammatoire chronique intestinale
D diverticulose colique non compliquée
E aucune de ces hypothèses

Question 2 – QROC

Le bilan biologique montre :

- Hb : 9,4 g/dL ;
- VGM : 68 fL ;
- CCMH : 30 g/dL ;
- GB : 9000/mm^3 (dont 82 % de polynucléaires neutrophiles) ;
- plaquettes : 350 000/mm^3 ;
- CRP : 5 mg/L ;
- ferritine : 10 µg/L.

Quelle est la principale anomalie biologique mise en évidence sur ce bilan, en précisant le mécanisme le plus probable ?

Question 3 – QCM

Quels sont les deux examens à prescrire en priorité chez cette patiente ?

A coloscopie
B échographie pelvienne transabdominale et endovaginale
C Hemoccult®
D scanner thoraco-abdominal avec injection de produit de contraste
E endoscopie digestive haute
F tomographie par émission de positons au ^{18}FDG
G IRM abdominale
H cliché d'abdomen sans préparation
I TSHus

Question 4 – QROC

Madame P. n'a pas réalisé les examens prescrits et vous la perdez de vue. Vous la retrouvez une nuit aux urgences 6 mois plus tard pour des douleurs abdominales violentes évoluant depuis la veille, non calmées par la prise de paracétamol. Sa constipation s'est aggravée progressivement depuis quelques semaines malgré la prise de macrogol (Forlax®). Elle n'a plus de selles depuis 48 heures, et plus de gaz depuis ce matin. Elle a un vomissement fécaloïde pendant l'examen clinique. L'abdomen est distendu et tympanique. La palpation trouve des douleurs diffuses, sans défense ni contracture. Les bruits hydroaériques sont absents. Les orifices herniaires sont libres. Au toucher rectal, l'ampoule rectale est vide, il n'y a pas de masse palpable et le doigtier ramène quelques traces de sang. Vous réalisez l'imagerie suivante (figure 12).

Quel syndrome présente cette patiente ?



Figure 12.

Question 5 – QCM

Quelles sont les complications possibles à court terme auxquelles est exposée cette patiente ?

A insuffisance rénale aiguë fonctionnelle
B pneumopathie à anaérobies
C pneumopathie à pneumocoque
D perforation du cæcum
E œdème cérébral
F troubles hydroélectrolytiques sur 3e secteur
G toutes les propositions précédentes

Question 6 – QCM

Le scanner non injecté réalisé en urgence confirme votre hypothèse principale. Il n'y a pas de signe de souffrance cæcale. Il est décidé d'opérer la patiente en urgence. Quelle est la meilleure option chirurgicale ?

A intervention de Hartmann
B résection colique segmentaire avec anastomose en un temps
C colostomie de décharge avec chirurgie de résection secondaire
D colectomie subtotale
E une prothèse colique endoscopique peut être envisagée pour surseoir à la chirurgie

Question 7 – QCM

Une résection chirurgicale a finalement été réalisée. Vous recevez le compte rendu définitif anatomopathologique : adénocarcinome lieberkühnien bien différencié du sigmoïde, infiltrant la musculeuse. Il existe huit ganglions métastatiques sur 14 ganglions prélevés. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien ne met en évidence aucune lésion à distance.

Quelles sont les propositions vraies ?

A il s'agit d'une tumeur T2
B il s'agit d'une tumeur T3
C il s'agit d'un stade N1
D il s'agit d'un stade N2
E il n'y a pas suffisamment de ganglions pour définir le statut
F il s'agit d'un stade II
G il s'agit d'un stade III

Question 8 – QROC

Un traitement complémentaire est-il indiqué dans ce cas, si oui lequel ?

Question 9 – QCM

Quelles sont les modalités de surveillance de la patiente à l'issue de cette prise en charge ?

A une coloscopie totale dans les 6 mois si elle n'avait pas été possible en préopératoire
B une coloscopie à 2–3 ans puis tous les 5 ans si elle est normale
C un test Hemoccult® tous les 5 ans
D un scanner abdomino-pelvien tous les 3 mois pendant 3 ans, puis tous les 6 mois pendant 2 ans, puis annuellement
E il est possible d'alterner scanner et échographie abdominale pour limiter l'irradiation
F le dosage de l'ACE n'a pas d'intérêt dans cette situation

Cas clinique 32 – mixte +

Madame E., 42 ans, vient vous consulter après avoir lu un article sur le test Hemoccult II® dans une revue grand public. Elle n'a pas d'antécédent personnel et est asymptomatique sur le plan digestif.

Question 1 – QROC

Rappelez quelle est la population cible de ce test de dépistage de masse.

Question 2 – QCM

Elle vous signale que son père est décédé d'un cancer colorectal à l'âge de 45 ans et que son frère de 38 ans est actuellement pris en charge pour un cancer du bassinet du rein gauche.
Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont vraies ?

A il y a une indication à réaliser un test Hemoccult II® chez cette patiente
B il n'y a pas d'indication à réaliser un test Hemoccult II® chez cette patiente
C il y a une indication à réaliser une coloscopie d'emblée chez cette patiente
D il n'y a pas d'indication à réaliser une coloscopie d'emblée chez cette patiente
E aucun examen de dépistage n'est indiqué chez cette patiente
F elle appartient à la population à risque moyen de cancer colorectal
G il y avait une indication de dépistage individuel chez cette patiente dès l'âge de 40 ans

Question 3 – QCM

Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont fausses en ce qui concerne la réalisation d'une coloscopie ?

A elle est réalisée le plus souvent sous anesthésie locale
B elle nécessite de suivre un régime riche en fibres dans les jours précédents
C un arrêt des traitements anti-agrégants plaquettaires et anticoagulants est indispensable en cas de biopsie
D une couverture antibiotique est indispensable en cas de biopsie
E elle nécessite l'injection intraveineuse de 3–4 litres de PEG la veille au soir de l'examen

Question 4 – QCM

L'examen réalisé met en évidence une lésion bourgeonnante située à 10 cm de la marge anale. Les biopsies concluent à un adénocarcinome lieberkühnien bien différencié. Parmi les examens suivants, lesquels sont indiqués dans le cadre du bilan d'extension de la maladie ?

A dosage sanguin de l'ACE
B scanner thoraco-abdomino-pelvien
C IRM pelvienne
D écho-endoscopie rectale
E tomographie par émission de positons au ^{18}FDG
F échographie pelvienne par voie endovaginale

Question 5 – QCM

Le bilan conclut à une tumeur classée T3 envahissant la graisse périrectale jusqu'à 1 mm du fascia recti. Il n'y a pas d'envahissement à distance. Quelle proposition est exacte ?

A il y a une indication à réaliser une radiochimiothérapie puis proctectomie avec exérèse totale du mésorectum
B aucun traitement préopératoire n'est nécessaire car la chirurgie d'exérèse emportera le mésorectum avec la tumeur
C le dossier devra être discuté en RCP dès la période postopératoire

Question 6 – QROC

Vous suspectez une forme familiale de cancer colorectal, laquelle ?

Question 7 – QCM

Concernant ce syndrome oncogénétique, quelles sont les propositions vraies ?

A le cancer du frère ne s'inscrit pas dans le spectre
B il est lié à une mutation du gène APC
C il est lié à la mutation d'un gène codant pour une protéine du système *MisMatch Repair*
D il doit être suspecté devant toute tumeur colorectale présentant une instabilité des microsatellites
E il se transmet selon un mode autosomique dominant
F une consultation d'oncogénétique n'est indiquée que si l'ensemble des critères d'Amsterdam sont présents

Cas clinique 33 – mixte ++

Monsieur D., 23 ans, étudiant, vous consulte pour des rectorragies. Il ne fume pas et boit occasionnellement de l'alcool lors de soirées, au cours desquelles il consomme également de l'ecstasy et du poppers. Il rapporte de nombreux rapports homo- et hétérosexuels non protégés. Les rectorragies sont apparues il y a 3 jours, accompagnés de douleurs anales d'abord à la défécation puis vite devenues permanentes, avec sensation de corps étranger intrarectal. Il rapporte également des faux besoins et des émissions afécales glairo-sanglantes, 3 fois par jour. Il signale enfin une

prise d'ibuprofène récente pour des douleurs lombaires post-traumatiques.
Les constantes sont les suivantes :

- PA : 125/75 ;
- FC : 105 bpm ;
- température : 38,1 °C ;
- FR : 16/min.

À l'examen clinique, il n'existe pas de marbrures. L'abdomen est souple, dépressible, indolore, sans masse palpable. L'examen cardiorespiratoire est normal. L'examen des organes génitaux externes est sans particularité. La marge anale ne présente pas d'ulcération ; en revanche, vous y observez de multiples petites lésions en relief, présentes également dans le canal anal à l'anuscopie, translucides.

Question 1 – QROC

Que vous évoquent les lésions proctologiques et quel en est le principal agent responsable ?

Question 2 – QCM

À la rectoscopie, vous constatez une rectite ulcérée avec une muqueuse saignant au contact et des ulcérations superficielles. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques étiologiques ?

A rectite infectieuse
B rectocolite hémorragique
C rectite aux AINS
D rectite traumatique
E rectite liée à la consommation d'ecstasy

Question 3 – QROC

Dans l'hypothèse d'une cause infectieuse à cette rectite, quels sont les quatre agents à rechercher en priorité par des prélèvements perendoscopiques ?

Question 4 – QCM

Outre la recherche de ces agents, quels examens paracliniques sont indiqués ?

A IDR à la tuberculine
B sérologie VIH
C TPHA-VDRL
D sérologie VHB
E sérologie VHC
F frottis cervicovaginal

Question 5 – QROC

Quels sont les trois éléments importants de votre prise en charge à court terme dans l'attente des résultats des examens ?

Question 6 – QROC

Vous avez finalement écarté une origine infectieuse ou iatrogène. Quel est le diagnostic le plus probable ?

Cas clinique 34 – mixte +

Vous recevez en consultation Mademoiselle M., 22 ans, pour des douleurs anales. Cette étudiante sage-femme fume un paquet de cigarettes par jour depuis 6 ans, boit occasionnellement de l'alcool et va bientôt se marier. Elle rapporte des antécédents d'abcès périnéaux, un de la marge anale et un avec fistule anovaginale, survenus il y a respectivement 5 et 3 ans. Aucun examen complémentaire n'avait été réalisé à l'époque. La patiente signale également des épisodes de douleurs abdominales post-prandiales avec nausées soulagées par des vomissements et une tendance diarrhéique. Les symptômes présents ce jour sont des douleurs anales pulsatiles intenses et insomniantes évoluant avec une gêne à la défécation et une sensation de « boule » douloureuse. À l'examen, elle est apyrétique. Il existe une tuméfaction tendue et inflammatoire située à la partie interne de la fesse droite. Il n'y a pas d'écoulement purulent. Il existe également des marisques et la marge anale est remaniée. L'examen anuscopique montre une surélévation en regard de la ligne pectinée au niveau postérieur droit laissant s'écouler un peu de pus à la pression.

Question 1 – QCM

Parmi les propositions suivantes, quel est votre diagnostic ?

A abcès ano-périnéal
B fissure anale
C thrombose hémorroïdaire
D infection sexuellement transmissible
E cancer de l'anus
F tuberculose anale

Question 2 – QROC

À quoi correspond la petite surélévation visible à l'anuscopie ?

Question 3 – QROC

Quels sont les deux gestes sur lesquels repose la prise en charge immédiate ?

Question 4 – QROC

Quelles complications graves de cet épisode aigu redoutez-vous si ce traitement n'est pas mis en œuvre rapidement (deux réponses) ?

Question 5 – QROC

Que vous évoque l'histoire clinique de la malade ?

Question 6 – QCM

Parmi les examens suivants, lesquels devez-vous prescrire ?

A iléocoloscopie avec biopsies
B endoscopie digestive haute
C entéro-IRM ou entéro-TDM
D vidéocapsule du grêle
E tous les examens précédents

Question 7 – QROC

Le diagnostic est confirmé. Après traitement efficace de l'épisode aigu périnéal, l'indication d'un traitement immunosuppresseur associé à une corticothérapie a été retenue pour le traitement de la maladie sous-jacente. L'évolution est favorable sous ce traitement mais vous perdez la patiente de vue.
Elle revient 6 mois plus tard aux urgences pour des douleurs abdominales intenses, diffuses, associées à des vomissements ayant débuté brutalement la veille. Les constantes sont les suivantes : PA : 80/60 mmHg ;

FC : 110/min ; température : 38,3 °C ; FR : 24/min ; SpO_2 : 100 %. À la palpation abdominale, on ne note aucun signe d'irritation péritonéale ni masse palpable. Les résultats des premiers examens biologiques montrent : Hb : 13 g/dL ; Ht : 55 % ; plaquettes : 300 000/mm^3 ; GB : 9600/mm^3 ; Na : 127 mmol/L ; K : 5,6 mmol/L ; glycémie : 3,3 mmol/L ; créatininémie : 120 μmol/L ; urémie : 13 mmol/L. Un scanner abdomino-pelvien sans injection de produit de contraste s'avère normal.
Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ? Quelle en est l'origine ?

Question 8 – QCM

Parmi les propositions suivantes, quels éléments sont indispensables à la prise en charge immédiate ?

A ECG
B traitement de l'hyperkaliémie : insuline rapide
C perfusion de bionolyte G 5 % (glucosé 5 % + NaCl 4 g/L + KCl 2 g/L)
D hémisuccinate d'hydrocortisone en urgence
E antibiothérapie en urgence

Question 9 – QCM

Ayant repris un suivi régulier, votre patiente désormais mariée et apparemment en bonne santé (cliniquement) vous fait part de son désir de grossesse. Quelle(s) est (sont) la(les) réponse(s) exacte(s) ?

A le risque de transmission de la maladie à l'enfant dépasse 10 %
B la grossesse est contre-indiquée en cas de traitement immunosuppresseur
C la grossesse est contre-indiquée par la maladie sous-jacente
D un dosage de folates est utile
E aucune des propositions n'est vraie

Cas clinique 35 – mixte +++

Vous recevez Madame R. en consultation pour une diarrhée. Cette secrétaire âgée de 32 ans, mariée (voyage de noces 2 ans plus tôt au Kenya) et mère d'un bébé de 4 mois, se plaint depuis plusieurs années de selles molles voire liquides à raison de quatre à cinq exonérations par jour, moins si elle saute un repas. Il n'y a pas d'autre antécédent qu'une appendicectomie dans l'enfance. Madame R. pèse 48 kg pour 168 cm, alors qu'elle pesait 56 kg à l'âge de 20 ans. Les constantes sont les suivantes : PA : 120/70 ; FC : 80 bpm ; température : 36,9 °C. À l'examen, vous notez une pâleur conjonctivale, des ongles cassants et des cheveux fragiles. L'examen abdominal est sans particularité, et le reste de l'examen clinique est normal, en dehors d'un souffle systolique minime. Elle rapporte deux épisodes récents de malaise avec crispation des mains.

Question 1 – QCM

Concernant cette diarrhée :

A elle est chronique
B elle est subaiguë
C le mécanisme est probablement une malabsorption
D le mécanisme est probablement sécrétoire
E le mécanisme est probablement moteur

Question 2 – QCM

Parmi les propositions suivantes, lesquelles peuvent être à l'origine d'une diarrhée par malabsorption ?

A hyperthyroïdie
B syndrome de l'intestin irritable
C maladie de Crohn iléale
D pullulation microbienne chronique du grêle
E consommation excessive de magnésium
F insuffisance pancréatique exocrine
G prise excessive de laxatifs osmotiques

Question 3 – QROC

Quels sont les trois examens à prescrire en première intention à visée étiologique chez cette malade ?

Question 4 – QROC

Quels éléments histologiques seraient en faveur d'une maladie cœliaque (quatre items) ?

Question 5 – QROC

Le diagnostic que vous suspectiez est posé. Quel traitement faut-il proposer à Madame R. ?

Question 6 – QCM

Madame R. s'inquiète du risque que son bébé développe la même maladie. Quelles propositions sont exactes ?

A la grossesse est contre-indiquée au cours de cette maladie
B il existe un risque d'environ 10 % que l'enfant développe une maladie cœliaque au cours de sa vie
C un dépistage du nouveau-né par recherche des IgA anti-transglutaminase est recommandé avant la diversification alimentaire
D l'introduction du gluten dans la diversification de l'alimentation de son enfant devra avoir lieu après 12 mois
E la surveillance de l'enfant doit porter sur le transit intestinal et la courbe de croissance staturo-pondérale

Question 7 – QCM

Plusieurs mois après, vous revoyez en consultation Madame R. Elle s'est nettement améliorée sur le plan clinique mais suit mal son traitement. À quelles complications est-elle exposée en cas de non-observance ?

A récidive clinique de la maladie
B ostéoporose
C accident cardiovasculaire
D adénocarcinome colorectal
E lymphome T intestinal
F maladie de Hashimoto

Question 8 – QROC

La sœur de la patiente, asymptomatique mais inquiète, a réalisé un bilan ayant révélé un titre élevé d'IgA anti-transglutaminase. Quelle est la conduite à tenir ?

Cas clinique 36 – mixte +

Vous recevez aux urgences Monsieur W., 65 ans, pour une douleur abdominale aiguë et vomissements associés à une fièvre évoluant depuis 4 jours. Ses principaux antécédents sont un pontage ilio-fémoral droit il y a 3 ans pour une artérite oblitérante des membres

inférieurs, une cholécystectomie pour lithiase biliaire il y a 6 ans, une hypertension artérielle, une dyslipidémie et un diabète de type 2. Son traitement habituel comporte : aspirine 100 mg/j, atorvastatine 20 mg/j, metformine 1500 mg/j, amlodipine 10 mg/j. Il pèse 80 kg pour 170 cm. Il rapporte un tabagisme non sevré à 80 paquets-années et une consommation d'alcool d'environ 20 g/jour depuis l'âge de 18 ans. Il vous signale qu'il avait eu une coloscopie il y a 5 ans à la suite du diagnostic de cancer colorectal chez son frère âgé de 56 ans, et que celle-ci s'était révélée « rassurante ».

Les douleurs ont débuté assez brutalement, localisées initialement dans le flanc gauche, et se sont étendues vers la fosse iliaque gauche et l'ombilic. Elles sont insuffisamment calmées par le paracétamol, et s'accompagnent, depuis 4 heures, de vomissements et de frissons. Il existe également une modification du transit avec diarrhée faite de trois à cinq selles liquides par jour. La PA est à 145/90, la FC à 95 bpm, la SpO_2 à 94 % et la température à 38,7 °C. L'abdomen est météorisé. La palpation met en évidence une défense de la fosse iliaque gauche. Le toucher rectal est douloureux et ramène des traces de sang.

Question 1 – QCM

Parmi les hypothèses diagnostiques suivantes, quelles sont les deux à évoquer en priorité devant ce tableau ?

A diverticulite sigmoïdienne
B cancer colorectal
C colite ischémique
D prostatite aiguë
E colique néphrétique
F cholécystite aiguë

Question 2 – QROC

Les premiers résultats biologiques montrent : Hb : 13 g/dL ; plaquettes : 434 000/mm^3 ; GB : 21 500/mm^3 (PNN 90 %, lymphocytes 9 %) ; CRP : 130 mg/L ; créatininémie : 128 μmol/L ; lactactes : 2 mmol/L. Quel examen paraclinique est indispensable ?

Question 3 – QROC

Interprétez l'imagerie suivante (représentative des lésions) (figure 13).



Figure 13.

Question 4 – QCM

Quel(s) est(sont) l'(les) élément(s) de votre prise en charge thérapeutique ?

A résection–anastomose chirurgicale avec toilette péritonéale
B arrêt de l'aspirine
C antibiothérapie (ceftriaxone + métronidazole)
D discuter avec le radiologue d'un drainage radiologique
E stomie de proche amont puis chirurgie différée
F surveillance simple

Question 5 – QROC

Quarante-huit heures après le début du traitement, le patient a toujours une fièvre à 38,9 °C et des douleurs abdominales qui deviennent brutalement plus intenses. La palpation abdominale note une contracture généralisée. Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ?

Question 6 – QCM

Quel(s) est(sont) l'(les) élément(s) indispensable(s) de votre prise en charge thérapeutique ?

A laparotomie, résection sigmoïdienne et toilette péritonéale
B stomie si péritonite stercorale
C élargissement de l'antibiothérapie
D drainage radiologique
E aucune réponse précédente

Question 7 – QROC

Quel examen paraclinique ne manquerez-vous pas de prescrire à Monsieur W. au décours de cet épisode ?

Question 8 – QCM

Quelles sont les complications de la diverticulose colique parmi les réponses suivantes ?

A fistule colo-vésicale
B colite ischémique
C cancer colique
D sténose
E hémorragie digestive basse
F maladie inflammatoire chronique de l'intestin
G volvulus du sigmoïde

Question 9 – QCM

Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont vraies ?

A une sigmoïdectomie prophylactique est à discuter après une première poussée non compliquée chez une patiente de 80 ans
B une sigmoïdectomie prophylactique est à discuter après une première poussée non compliquée chez un patient de 43 ans
C une sigmoïdectomie prophylactique est à discuter quel que soit l'âge en cas de première poussée compliquée d'abcès

D la technique chirurgicale de référence pour la sigmoïdectomie prophylactique est une intervention de Hartmann
E toutes les propositions précédentes sont vraies

Cas clinique 37 – mixte +

Madame V., 38 ans, d'origine guyanaise, mère au foyer de six enfants (âgés de 6 mois à 14 ans) vous est adressée par son médecin généraliste pour élévation des transaminases. Dans ses antécédents, vous trouvez : HTA traitée par amlodipine et diabète gestationnel au cours de sa dernière grossesse, ayant alors nécessité une insulinothérapie pendant quelques semaines. Elle n'a pas de consommation de tabac ni d'alcool. Actuellement, elle pèse 106 kg pour 159 cm. Sa dernière grossesse s'était accompagnée d'une prise de 18 kg environ qu'elle n'a pas réussi à perdre. Sa seule plainte fonctionnelle consiste en des céphalées matinales avec somnolence diurne. Son périmètre abdominal est de 108 cm. L'élévation des transaminases était déjà présente sur un bilan systématique il y a 4 mois ; elle était modérée et prédominait sur les ALAT. Le bilan biologique montre : glycémie à jeun : 12 mmol/L ; triglycérides : 1,8 g/L ; LDLc : 2,1 mmol/L ; HDLc : 0,6 mmol/L ; ALAT : 92 UI/L (N < 40 UI/L) ; ASAT : 71 UI/L (N < 35 UI/L) ; GGT : 125 UI/L (N < 40 UI/L) ; PAL : 82 UI/L (N < 120 UI/L) ; bilirubine totale : 8 μmol/L ; TP : 98 % ; créatininémie : 105 μmol/L.
L'échographie abdominale montre un foie homogène, augmenté de volume, aux contours réguliers, globalement hyperéchogène, sans anomalie focale ni signe d'hypertension portale. Les vaisseaux du foie sont perméables.

Question 1 – QROC
Quel syndrome clinico-biologique diagnostiquez-vous chez cette patiente ?

Question 2 – QCM
Quelles sont les principales causes à chercher en première intention pour expliquer l'élévation des transaminases ?
A surcharge en fer
B stéatohépatite non alcoolique
C hépatite virale chronique B ou C
D maladie de Wilson
E hépatite auto-immune

Question 3 – QROC
Vous discutez une ponction-biopsie hépatique. Quelles en sont les cinq principales contre-indications ?

Question 4 – QROC
La ponction-biopsie hépatique montre une stéatose macrovésiculaire, associée à des lésions nécrotico-inflammatoires lobulaires constituées d'un infiltrat inflammatoire et d'une ballonisation des hépatocytes, et une fibrose minime centrolobulaire. Quel diagnostic retenez-vous ?

Question 5 – QCM
Quelles sont vos recommandations thérapeutiques ?
A réduction pondérale avec pratique d'une activité physique régulière
B équilibre du diabète
C traitement de la dyslipidémie
D traitement par corticothérapie pour réduire les lésions d'hépatite
E toutes les propositions précédentes.

Question 6 – QROC
Parmi les autres affections décrites par la patiente, lesquelles peuvent être imputées à l'obésité ?

Question 7 – QCM
Malgré vos recommandations bien suivies pendant 1 an, la patiente n'a perdu que 5 kg. Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont vraies ?
A une perte de poids d'au moins 10 % est classiquement considérée comme cible pour l'obtention d'un bénéfice clinique
B une chirurgie de l'obésité est indiquée si : IMC > 40 et pas de contre-indications à la chirurgie, et échec du traitement médical
C une chirurgie de l'obésité est indiquée si : IMC > 35 avec complications de l'obésité et pas de contre-indications à la chirurgie et échec du traitement médical
D le bypass est la seule technique chirurgicale validée dans le traitement de l'obésité
E la pose d'un ballon intragastrique peut être proposé aux patients souhaitant perdre du poids et ayant un IMC < 25

Question 8 – QROC
La réalisation d'un bypass est décidée. Quel risque principal secondaire à ce geste chirurgical nécessite un suivi dans les mois suivants l'intervention ? Quel en est le mécanisme ?

Cas clinique 38 – mixte ++

Monsieur T. vous est adressé en consultation spécialisée par son médecin traitant pour prise en charge d'un reflux gastro-œsophagien rebelle. Ce patient de 56 ans est restaurateur et boit en moyenne deux bières, trois apéritifs et une demi-bouteille de vin par jour. Il est ancien fumeur (tabagisme estimé à 25 paquets-années). Il pèse 87 kg pour 175 cm. Son traitement quotidien comporte de l'ibuprofène en automédication pour des lombalgies communes chroniques, de la terbutaline pour une BPCO de stade I actuellement bien contrôlée, de l'amlopidine pour une HTA essentielle et de l'atorvastatine. Il vous déclare également prendre du zolpidem (Stilnox®) pour ses difficultés d'endormissement.
Monsieur T. se plaint depuis une dizaine d'années de régurgitations acides, pour lesquelles il prend de l'oméprazole (10 mg) et un alginate en cas de besoin, mais les troubles persistent, à une fréquence d'environ 4 fois par semaine. Ces régurgitations sont associées à un pyrosis typique.
Un bilan standard a été réalisé et montre : Hb : 11,5 g/dL ; VGM : 93 fL ; plaquettes : 230 000/mm^3 ; GB : 5600/mm^3.

Question 1 – QROC
Quels sont les facteurs favorisant le reflux gastro-œsophagien (RGO) chez ce patient ?

Question 2 – QROC
Vous réalisez une endoscopie œsogastroduodénale qui met en évidence des lésions de stade III selon la classification de Savary-Miller. Quelle est la définition de ce résultat ?

Question 3 – QCM
Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont exactes concernant la prise en charge de ce patient ?
A sevrage alcoolique et réduction pondérale
B surélévation de la tête du lit
C inhibiteurs de la pompe à protons à pleine dose pendant 4 semaines avec endoscopie de contrôle
D inhibiteurs de la pompe à protons à pleine dose pendant 8 semaines avec endoscopie de contrôle

Question 4 – QROC
En cas d'inefficacité du traitement médical bien conduit, quelle alternative pourriez-vous proposer à ce patient ?

Question 5 – QROC
Vous ne revoyez ce patient que 6 ans plus tard. Il est fatigué et se plaint d'une sensation de blocage alimentaire. Il a perdu 7 kg en 3 mois. La palpation abdominale ainsi que l'examen des aires ganglionnaires sont normaux. Vous réalisez une endoscopie œsogastroduodénale et observez ceci à 37 cm des arcades dentaires (figure 14). Quel diagnostic suspectez-vous ?

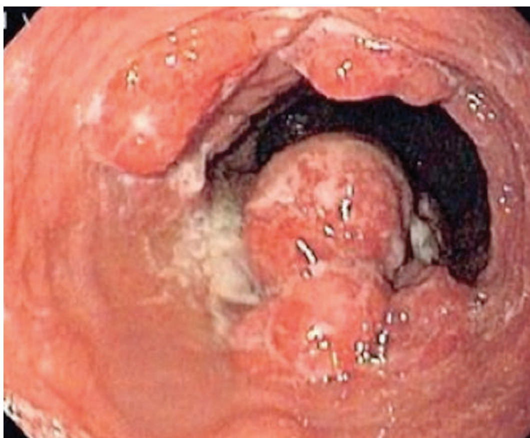


Figure 14.

Question 6 – QCM
Votre diagnostic est confirmé. Parmi les examens suivants, lequel(lesquels) est(sont) nécessaire(s) à visée préthérapeutique ?
A scanner thoraco-abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste iodé
B transit œsogastroduodénal
C tomographie par émission de positons au ^{18}FDG
D scintigraphie osseuse
E fibroscopie bronchique et examen ORL
F scanner cérébral

Question 7– QROC
Au décours du bilan d'extension et après discussion en RCP, il est proposé au patient une chimiothérapie à base de 5-fluoro-uracile et cisplatine. Quels sont les quatre éléments importants concernant les conditions de réalisation d'une telle chimiothérapie ?

Question 8 – QCM
Malgré ce traitement, l'état de santé du patient se détériore avec majoration de la dysphagie et perte de poids (à nouveau perte de 8 kg). Le scanner de réévaluation est en faveur d'une franche progression tumorale. L'endoscopie œsogastroduodénale montre une sténose œsophagienne distale non franchissable. Parmi les mesures suivantes, laquelle vous paraît être la plus adaptée pour améliorer la prise en charge nutritionnelle ?
A pose d'une sonde de gastrostomie percutanée par voie endoscopique
B nutrition parentérale
C mise en place d'une prothèse œsophagienne sous double contrôle endoscopique et radioscopique
D compléments alimentaires *per os* et enrichissement de l'alimentation
E radiothérapie externe sur la lésion

Cas clinique 39 – mixte ++

Vous recevez aux urgences Monsieur Z., d'origine serbe, 38 ans, pour douleur abdominale aiguë. Il ne parle pas très bien français, mais vous fait comprendre qu'il consomme environ 2 L de vodka par jour, et qu'il a déjà eu un épisode similaire il y a 1 an environ. Il ne prend pas de traitement et fume un paquet de cigarettes par jour depuis 15 ans. Les douleurs sont apparues brutalement il y a 2 jours au décours d'une soirée particulièrement arrosée. Elles sont à présent très intenses à irradiation dorsale, l'empêchant de s'alimenter. Il a présenté deux épisodes de vomissements bilieux.
Il est agité et ses constantes sont les suivantes : PA : 126/78 mmHg ; FC : 115/min ; SpO_2 : 96 % ; température : 37,2 °C. Il n'y a pas d'ictère. L'abdomen est météorisé, douloureux à la palpation du creux épigastrique et sans défense.
Les résultats du bilan biologique prélevé aux urgences sont les suivants : Hb : 14,5 g/dL ; VGM : 104 fL ; GB : 17 000/mm^3 (PNN 80 %) ; plaquettes : 21 6000/mm^3 ; CRP : 45 mg/L ; lipase : 1560 UI/L (N < 110) ; amylasémie : 6 N ; ASAT : 3 N ; ALAT : 2 N ; bilirubine : normale ; GGT : 6 N ; PAL : 2 N ; Na : 146 mmol/L ; K : 4,2 mmol/L ; Cl : 100 mmol/L ; urée : 7 mmol/L ; créatininémie : 90 µmol/L. Glycémie, calcémie et bilan lipidique sont normaux. Vous évoquez le diagnostic de pancréatite aiguë.

Question 1 – QCM
Le diagnostic de pancréatite aiguë repose sur (une ou plusieurs réponses possibles) :
A clinique + amylasémie ≥ 3 N
B clinique + lipasémie ≥ 3 N
C clinique + lipasémie ≥ 3 N
D clinique + lipasémie ≥ 3 N + amylasémie ≥ 3 N
E le dosage de l'amylasémie n'a plus d'indications

Question 2 – QROC
Prescririez-vous un examen d'imagerie ? Si oui lequel et dans quel délai ?

Question 3 – QCM
Vous concluez à une pancréatite aiguë non grave d'origine alcoolique. Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont des causes de pancréatite aiguë ?
A hyperglycémie
B hypocalcémie
C tumeurs pancréatiques
D hypertriglycéridémie majeure (≥ 10 g/L)
E auto-immune
F ampullome vatérien

Question 4 – QROC
Quels sont les quatre items importants de la prise en charge du patient ?

Question 5 – QCM
Vous êtes appelé en service d'hospitalisation quelques heures plus tard car Monsieur Z. est agité, confus, désorienté et apeuré. Parmi les causes suivantes, laquelle vous semble la plus probable ?
A syndrome de Gayet-Wernicke
B hématome sous-dural
C delirium tremens
D encéphalopathie hépatique
E crise comitiale
F bouffée délirante aiguë

Question 6 – QROC
À quel moment autoriserez-vous l'alimentation orale ?

Question 7 – QCM
Vous revoyez Monsieur Z. 6 mois plus tard à votre consultation. Entre-temps, il est rentré dans son pays et a notamment été hospitalisé 15 jours en réanimation suite à un nouvel épisode plus grave, à la suite duquel il a nettement diminué sa consommation alcoolique. Son motif de consultation est une persistance des douleurs épigastriques associée à une perte de poids (4 kg). À l'examen, il est apyrétique, l'hémodynamique est stable, il n'y a pas d'ictère. En revanche, il existe une voussure épigastrique sensible à la palpation. Vous réalisez l'examen suivant (figure 15). Quel diagnostic pourrait expliquer l'ensemble des constatations cliniques et d'imagerie ?



Figure 15.

A abcès intra-abdominal
B pseudo-kyste pancréatique
C cancer du pancréas
D kyste hydatique
E pancréatite chronique calcifiante
F anévrysme de l'aorte abdominale

Question 8 – QCM
Concernant la prise en charge de votre patient, quelle(s) mesure(s) pourrait-on discuter ?
A sevrage alcoolique en ambulatoire
B nutrition entérale
C duodéno-pancréatectomie céphalique
D drainage endoscopique
E antibiothérapie

Question 9 – QROC
Le patient est en situation irrégulière en France depuis environ 2 ans. À quelle prise en charge sociale peut-il prétendre ?

Cas clinique 40 – mixte +++

Monsieur H., 53 ans, vous est envoyé en consultation par l'addictologue qui le prend en charge pour une troisième tentative de sevrage alcoolique. Ce patient, sans emploi et séparé de sa femme, consommait jusqu'à il y a 1 mois, en moyenne et par jour, deux bouteilles de vin à 12°, trois pintes de bières à 5° et un demi-litre de whisky à 40°. Par ailleurs, ce patient souffre depuis 23 ans d'une hypertension artérielle traitée par amlodipine et depuis 4 ans d'un diabète de type 2 traité par metformine. Il se plaint depuis plusieurs années de douleurs abdominales évoluant par crises, de siège épigastrique avec irradiation dorsale. Il rapporte également des troubles du transit depuis environ 2 ans, consistant en cinq selles pâteuses et grasses par jour. Il pèse 81 kg pour 176 cm, soit une perte d'environ 12 kg en 2 ans. L'examen abdominal ne montre pas d'anomalies, en dehors d'une hépatomégalie à deux travers de doigts. Il n'y a pas de signes d'insuffisance hépatocellulaire. Monsieur H. présente également un trouble de la sensibilité des deux jambes, avec des sensations de picotement qui

ont commencé aux pieds et semblent remonter, et de nombreuses erreurs à l'épreuve du « pique-touche ».

Question 1 – QROC
Évaluez, en grammes d'alcool, la consommation quotidienne antérieure de Monsieur H.

Question 2 – QCM
Concernant les modalités du sevrage alcoolique de votre patient, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?
A il peut être réalisé en ambulatoire
B il doit être réalisé en hospitalisation
C les addictolytiques (naltrexone, acomprosate) doivent être prescrits systématiquement du fait de leur grande efficacité
D les benzodiazépines sont contre-indiquées du fait de leur potentielle hépatotoxicité
E le score de sevrage de Cushman doit être réalisé pluriquotidiennement (PA, FR, FC, tremblements, sueurs, agitations, troubles sensoriels)

Question 3 – QROC
Quelle est votre hypothèse syndromique concernant le problème que Monsieur H. présente aux membres inférieurs ? Quelles sont les deux principales causes à évoquer chez ce patient ?

Question 4 – QROC
Quelle maladie digestive chronique suspectez-vous chez votre patient ? Quelles sont les deux complications de cette maladie présentes ici ?

Question 5 – QCM
Parmi les examens suivants, lesquels vous semblent indiqués chez votre patient ?
A HbA1c
B élastase fécale
C lipasémie
D scanner abdominal injecté
E albuminémie

Question 6 – QROC
Vous réalisez une CPRM (figure 16). Interprétez-la.

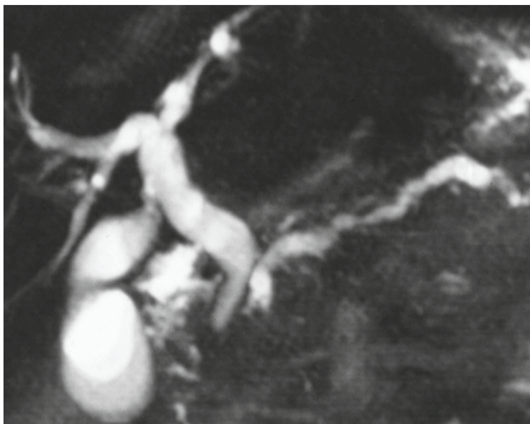


Figure 16.

Question 7 – QROC
Quels sont les quatre éléments indispensables à la prise en charge de la maladie de fond de votre patient ?

Question 8 – QCM
Un mois plus tard environ, Monsieur H. est amené aux urgences pour douleurs abdominales et troubles de conscience. Il a été retrouvé allongé sur son palier. Monsieur H. dit s'être remis à boire comme avant et semble avoir arrêté tout traitement. Les constantes sont les suivantes : PA : 105/68; FC : 112 bpm; température : 37,9 °C; SpO_2 : 92 %. Il pèse 78 kg. À l'examen clinique, votre patient est très algique, prostré en chien de fusil. Il est obnubilé, son score de Glasgow est évalué à 12, il n'y a pas de signes de localisation. L'abdomen est très douloureux à la palpation épigastrique, vous ne notez ni défense ni contracture abdominale. L'ECG est normal, la glycémie capillaire est ininterprétable, la BU montre trois croix de glycosurie et une croix de cétonurie. Le bilan biologique est comme suit :

- alcoolémie : 260 mg/L ;
- NFS : Hb : 12,5 g/dL ; VGM : 107 fL ; Ht : 62 % ; plaquettes : 176 000/mm^3 ; leucocytes : 12 200/mm^3 dont 82 % de polynucléaires neutrophiles ;
- ionogramme sanguin : Na : 133 mmol/L ; K : 5,5 mmol/L ; Cl : 100 mmol/L ; HCO_3 : 17 mmol/L ;
- biochimie : glycémie : 55 mmol/L ; protides : 84 g/L ; urée : 19,8 mmol/L ; créatinine : 185 µmol/L ; CRP : 72 mg/L ; CPK 5 N ;
- bilan hépatique : ASAT : 4 N ; ALAT : 2 N ; gamma-GT : 4 N ; phosphatases alcalines : 1,2 N ; bilirubine totale : 12 µmol/L (conjuguée : 7 µmol/L) ; facteur V : 79 % ; TP : 62 % ; lipase : 986 UI/L ;
- gazométrie artérielle : pH : 7,35 ; PaO_2 : 73 mmHg ; $PaCO_2$: 34 mmHg ;
- radiographie thoracique : normale ;
- TDM cérébrale : normale.

Quel est votre diagnostic (plusieurs réponses possibles) ?
A pancréatite aiguë
B rhabdomyolyse aiguë
C insuffisance hépatique aiguë
D décompensation acidocétosique du diabète
E décompensation hyperosmolaire du diabète
F hyponatrémie symptomatique

Question 9 – QCM
Monsieur H. a été transféré en réanimation. Peu après son transfert en salle d'hospitalisation, il souhaite sortir alors que l'alimentation orale n'a pas encore pu être reprise. Parmi les affirmations suivantes, laquelle(lesquelles) est(sont) fausse(s) ?
A la réalimentation de Monsieur H. peut raisonnablement être organisée à son domicile
B Monsieur H. ne peut pas sortir contre avis médical vu le contexte
C pour écarter votre responsabilité en cas de complications, vous pouvez faire signer à Monsieur H. une décharge
D Monsieur H. est exposé à un risque vital

E l'information donnée à Monsieur H. doit être consignée dans le dossier médical

Cas clinique 41 – mixte ++

Monsieur M., 40 ans, d'origine camerounaise, consulte pour des anomalies du bilan hépatique constatées à plusieurs reprises depuis 2 ans. Il est en France depuis 7 ans, boit de l'alcool occasionnellement, ne fume pas et ne consomme aucune drogue. Il n'a aucun antécédent notable.
L'examen clinique est normal. Les résultats du bilan paraclinique sont les suivants : ASAT : 2,5 N ; ALAT : 3,3 N ; gamma-GT : 3,1 N ; phosphatases alcalines : 1,5 N ; bilirubine totale : 14 µmol/L.
Une échographie hépatique montre un foie augmenté de volume, sans ascite, sans voies de dérivations ni nodule visible. Les vaisseaux sont perméables et les voies biliaires sont fines.
Vous suspectez une hépatopathie chronique.

Question 1 – QROC

Citer les trois causes les plus fréquentes en France potentiellement responsables de ce tableau clinique.

Question 2 – QROC

Quels sont les deux premiers examens à prescrire à visée étiologique ?

Question 3 – QCM

Votre hypothèse principale est confirmée. À quel profil sérologique cela correspond-il ?

A AgHBs+, Ac-HBs+, AgHBc+, Ac-HBc+
B AgHBs–, Ac-HBs+, Ac-HBc+
C AgHBs+, Ac-HBs–, Ac-HBc+
D AgHBs–, Ac-HBs+, Ac-HBc–
E aucune des propositions suivantes

Question 4 – QCM

Votre hypothèse est confirmée. Vous recevez les résultats biologiques suivants : Hb : 12 g/dL ; VGM : 83 fL ; albumine : 29 g/L ; CRP : 5 mg/L ; créatininémie : 70 µmol/L ; TP : 65 % ; sérologies VIH, VHC et VHD négatives. Concernant les explorations complémentaires à réaliser, lesquelles sont vraies ?

A il existe une indication à une ponction-biopsie hépatique
B il faut doser l'alpha-fœtoprotéine
C l'endoscopie œsogastroduodénale n'est pas justifiée initialement
D la charge virale (PCR-ARN) est utile à la décision thérapeutique
E les méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose (FibroScan®, Fibrotest®) peuvent remplacer la ponction-biopsie hépatique (PBH)

Question 5 – QROC

Quels sont les trois marqueurs d'activité de la maladie ?

Question 6 – QROC

Une ponction-biopsie hépatique est réalisée et montre des lésions A2-F3 selon le score METAVIR. Quels sont les deux traitements spécifiques de l'hépatite B chronique disponibles en France ?

Question 7 – QCM

Concernant la prise en charge de votre patient, quelles sont les propositions vraies :

A prise en charge à 100 %
B dépistage des proches
C la surveillance du risque d'hépatocarcinome n'est pas nécessaire en l'absence de cirrhose prouvée
D vaccination VHA, VHD, grippe, pneumocoque
E inscription sur liste d'attente de transplantation hépatique

Question 8 – QROC

Comment limiter le risque de transmission materno-fœtale de cette maladie à la naissance ?

Cas clinique 42 – mixte +++

Vous recevez en consultation Monsieur U., 46 ans, pour asthénie. Dans ses antécédents, vous trouvez une appendicectomie dans l'enfance et une hospitalisation en réanimation pour accident de la voie publique en 1978. Il ne prend pas de médicament. Il fume un demi-paquet de cigarettes par jour depuis l'âge de 20 ans, dit boire trois verres de vin par jour au plus et n'a jamais touché aux drogues.
Il pèse 87 kg pour 177 cm. L'examen clinique est normal en dehors d'une hépatomégalie non dure évaluée à deux travers de doigts. Le bilan prescrit par son médecin traitant montre : NFS : normale ; ASAT : 2 N ; ALAT : 2,7 N ; gamma-GT : 1,6 N. Les sérologies virales sont les suivantes : antigène HBs négatif, anticorps anti-VHC positif.
Vous suspectez une hépatopathie virale C chronique.

Question 1 – QROC

Comment complétez-vous votre bilan paraclinique spécifique dans le cadre de l'infection virale C (deux items) ?

Question 2 – QCM

Concernant l'évaluation du degré de fibrose dans l'hépatite virale C, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

A la fibrose peut s'estimer par les signes cliniques d'hypertension portale et le score de Child-Pugh
B le Fibrotest® repose sur la mesure de l'élasticité hépatique
C le Fibrotest® est un score de marqueurs spécifiques (alpha-2-macroglobuline, haptoglobine, apolipoprotéine A1, bilirubine totale, gamma-GT, ALAT)
D le Fibrotest® et le FibroScan® sont validés chez les patients ayant une hépatite C naïve de tout traitement et sans autre cofacteur de cirrhose associé
E la ponction-biopsie hépatique doit être réalisée si un traitement est indiqué

Question 3 – QROC
Il s'agit d'un génotype VHC-4. Le score METAVIR est A2-F2. Vous souhaitez instituer un traitement spécifique. Lequel ? Pour quelle durée initiale ?

Question 4 – QROC
Quelles sont les trois contre-indications majeures à ce traitement en dehors des insuffisances d'organe ?

Question 5 – QCM
Quelles sont les principales complications de ce traitement ?
- **A** syndrome pseudo-grippal
- **B** dépression
- **C** dysthyroïdie
- **D** syndrome pied–main
- **E** toxicité hématologique
- **F** pancréatite aiguë

Question 6 – QROC
Chez Monsieur U., citez trois facteurs prédictifs de mauvaise réponse à ce traitement spécifique.

Question 7 – QCM
Le traitement antiviral a échoué. Au cours du suivi, une échographie hépatique met en évidence un nodule du segment VII mesurant 28 mm de diamètre. Le patient est asymptomatique et l'examen physique est normal en dehors d'une hépatomégalie à deux travers de doigt. Il n'y a ni ascite ni astérixis. Les résultats biologiques sont les suivants : Hb : 11 g/dL ; TP : 55 % ; albumine : 31 g/L ; ASAT : 2 N ; ALAT : 2,2 N ; GGT : 3 N ; PAL : 1,7 N ; bilirubinémie : 20 µmol/L ; créatininémie : 76 µmol/L ; alpha-fœtoprotéine : 350 UI/L.
Parmi les propositions suivantes, laquelle(lesquelles) est(sont) exacte(s) ?
- **A** le score de Child-Pugh est A6
- **B** si la lésion apparaît hypervascularisée au temps artériel et qu'il y a un *wash out* au scanner injecté ou en angio-IRM, la ponction-biopsie hépatique n'est pas indispensable
- **C** la preuve histologique sera indispensable avant de débuter un éventuel traitement anticancéreux
- **D** le bilan d'extension devra comprendre un scanner thoracique et une scintigraphie osseuse
- **E** l'élévation de l'alpha-fœtoprotéine est pathognomonique de carcinome hépatocellulaire

Question 8 – QCM
Quelles sont les propositions exactes parmi les suivantes concernant les modalités de traitement ?
- **A** les indications de transplantation hépatique sont basées sur les critères de Milan
- **B** une infiltration tumorale massive ne contre-indique pas une transplantation hépatique
- **C** une thrombose portale contre-indique la chimio-embolisation
- **D** la sévérité de la cirrhose est un facteur déterminant pour la possibilité de réalisation des traitements réduisant le volume hépatique fonctionnel (chirurgie, chimio-embolisation ± radiofréquence)
- **E** le carcinome hépatocellulaire est une tumeur très chimio-sensible

Question 9 – QCM
Au cours du suivi de votre patient apparaît une cryoglobulinémie. Citez-en les quatre principales manifestations.

Cas clinique 43 – mixte +
Madame E., 52 ans, consulte pour une diarrhée. Elle a depuis environ 6 mois des émissions liquides, survenant de façon impérieuse, en période post-prandiale, contenant des aliments non digérés. Elle se plaint également de douleurs abdominales intermittentes de faible intensité, mal limitées, survenant de jour comme de nuit.
Elle n'a pas d'antécédent particulier et n'a jamais été opérée. Elle n'a jamais fumé ni consommé d'alcool de façon excessive. Au cours de l'interrogatoire, Madame E. se met à avoir les joues rouges et à transpirer. Interrogée à ce propos, elle vous répond que cela fait plusieurs mois qu'elle a ces problèmes de « bouffées de chaleur ».

Question 1 – QCM
Parmi les propositions suivantes, lesquelles peuvent être évoquées dans ce contexte ?
- **A** hyperthyroïdie
- **B** carcinome médullaire de la thyroïde
- **C** phéochromocytome
- **D** syndrome carcinoïde
- **E** syndrome climatérique

Question 2 – QROC
À l'examen clinique, votre patiente semble fatiguée. Elle a perdu du poids (7 kg en 6 mois) et pèse à présent 56 kg pour 168 cm. La pression artérielle est à 135/85 mmHg, la FC à 115 bpm et la température à 37,5 °C. À la palpation, l'abdomen est globalement sensible sans réelle douleur. Vous percevez une masse périombilicale. Quels sont les cinq critères pour la caractériser cliniquement ?

Question 3 – QCM
Quelle est(sont) la(les) proposition(s) vraie(s) concernant l'imagerie réalisée (figure 17) ?

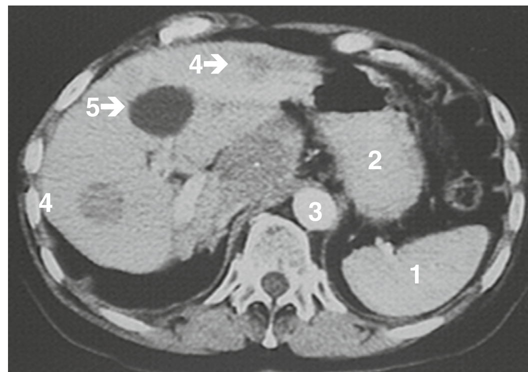


Figure 17.

A 1. rate, 2. estomac, 3. aorte
B 1. rein gauche, 2. estomac, 3. aorte
C 4. lésion hépatique tissulaire d'allure métastatique
D 5. lésion hépatique tissulaire d'allure métastatique
E 5. lésion hépatique hyperdense d'allure kystique

Question 4 – QROC

D'autres coupes de l'imagerie précédente ont permis de mettre en évidence une tumeur de l'intestin grêle. Quel est votre diagnostic ? Par quel moyen simple pourriez-vous le confirmer ?

Question 5 – QCM

Après concertation pluridisciplinaire, vous décidez d'opérer la tumeur primitive puis proposez une chimiothérapie pour les métastases hépatiques comportant, notamment, du 5-fluoro-uracile. Parmi les propositions suivantes concernant le 5-fluoro-uracile, laquelle(lesquelles) est(sont) exacte(s) ?

A c'est un agent antimétabolite
B c'est un agent alkylant
C il a une action potentialisée par l'acide folinique
D les effets secondaires principaux sont : digestifs (diarrhée, mucite, nausées), cutanés (syndrome main–pied) et médullaires (cytopénies)
E l'apparition d'une douleur angineuse au cours d'une perfusion doit faire évoquer un spasme coronarien

Question 6 – QROC

Lors de la quatrième cure de chimiothérapie, votre patiente rapporte de nombreux épisodes de vomissements survenant au décours des cures. Quels sont les trois moyens thérapeutiques que vous pouvez théoriquement lui proposer afin de traiter ce problème ?

Question 7 – QCM

Madame E. réalise deux autres cures de chimiothérapie puis part en vacances, et vous ne la revoyez qu'un mois plus tard. Elle vous raconte avoir initialement perdu du poids, mais qu'elle a récemment repris 3 kg. Elle se sent vraiment fatiguée. Depuis trois semaines, elle a l'impression d'avoir le ventre ballonné, et souffre de douleurs abdominales spasmodiques post-prandiales, d'intensité croissante, cédant brutalement et bruyamment avec l'émission d'une diarrhée importante. Elle rapporte plusieurs épisodes de ce type, dont certains étaient associés à des vomissements. À l'examen clinique, vous notez une augmentation du périmètre abdominal. Le transit est conservé. L'abdomen est sensible dans son ensemble, et il existe une matité déclive. Parmi les propositions suivantes, laquelle(lesquelles) est(sont) vraie(s) ?

A il existe un syndrome de Koenig
B celui-ci peut être lié à une obstruction du grêle par la carcinose péritonéale
C il existe probablement une ascite pauvre en protides
D il existe manifestement une insuffisance hépatique
E l'examen à réaliser en première intention est un scanner avec injection de produit de contraste hors contre-indications
F il existe une hypertension portale

Question 8 – QROC

Vous décidez d'inclure votre patiente dans une étude de phase III évaluant l'exérèse des métastases hépatiques associée ou non à une chimiothérapie intrapéritonéale. Quelles sont les quatre caractéristiques d'une telle étude ?

Question 9 – QCM

Concernant le critère principal de jugement de cette étude, quelles propositions sont vraies ?

A le meilleur critère serait la survie globale
B la survie sans progression peut remplacer la survie globale comme critère de jugement principal dans les maladies à évolution lente
C un critère de jugement principal doit être simple, unique, reproductible, objectif
D un critère de jugement principal peut être un critère combiné
E il ne peut y avoir qu'un seul critère de jugement secondaire

Cas clinique 44 – mixte +++

Un homme âgé de 64 ans est admis aux urgences la veille de Noël, pour la survenue le jour même de deux malaises successifs, de type lipothymique. Cela fait quelque temps qu'il fait ce type de malaises, mais ils sont de plus en plus rapprochés.
À l'admission, ce patient signale être épuisé. Il est d'ailleurs en arrêt de travail depuis 1 mois et avait même renoncé à partir en vacances l'été précédent. Vous remarquez néanmoins un teint hâlé. Il a maigri de 8 kg durant les 6 derniers mois. Il ne prend aucun médicament.
Sa femme précise qu'il se plaint de douleurs abdominales depuis 3 semaines. Il dit qu'il n'a pas d'appétit depuis plusieurs jours et signale des vomissements alimentaires depuis 48 h.
À l'examen clinique, la température est à 38 °C, la pression artérielle est mesurée à 90/70 mmHg. La fréquence cardiaque est régulière à 100/min. L'auscultation pulmonaire ne révèle rien de particulier de même que l'examen neurologique. L'abdomen est souple et non douloureux à la palpation.
Devant l'absence de signes en faveur d'une cause chirurgicale, vous évoquez une origine métabolique pour expliquer les symptômes.

Question 1 – QCM

Quelles sont les trois causes métaboliques de douleurs abdominales constituant une urgence thérapeutique ?

A insuffisance surrénalienne aiguë
B hyperkaliémie
C hyponatrémie
D décompensation acidocétosique d'un diabète
E hypercalcémie

Question 2 – QROC
La glycémie capillaire est de 2,2 mmol/L. Le bilan initial effectué en urgence est le suivant :
- Na : 120 mmol/L ; Cl : 85 mmol/L ; K : 5,2 mmol/L ; glycémie : 2,3 mmol/L ; créatininémie : 140 µmol/L ; urée : 16 mmol/L ;
- GB : 9500/mm^3 ; Hb : 12,5 g/dL ; plaquettes : 22 2000/mm^3 ; TP : 100 % ;
- ALAT : 20 UI/L ; ASAT : 22 UI/L ; phosphatases alcalines : 60 UI/L ; bilirubine : 6 µmol/L ; gamma-GT : 40 UI/L ;
- Alcoolémie : 0 g/L ; recherche de toxiques négative.

Devant ce tableau, quel diagnostic syndromique retenez-vous finalement ?

Question 3 – QCM
Parmi les propositions suivantes concernant les mécanismes des troubles biologiques observés chez ce patient, quelles sont les propositions vraies ?
A l'hypoglycémie est secondaire à une hypersécrétion d'insuline
B l'hypoglycémie est secondaire à une diminution de sécrétion de glucocorticoïdes
C il existe une déshydratation extra- et intracellulaire
D l'hyponatrémie est le reflet direct d'un déficit en sel
E l'hyperkaliémie est la conséquence du déficit en minéralo-corticoïdes

Question 4 – QROC
Quels sont les deux examens biologiques que vous demandez pour confirmer le diagnostic suspecté ?

Question 5 – QCM
Voici les résultats du ionogramme urinaire : natriurie : 45 mmol/L ; kaliurie : 26 mmol/L ; urée urinaire : 220 mmol/L.
Parmi les propositions suivantes, laquelle(lesquelles) est(sont) exacte(s) ?
A il s'agit d'une insuffisance rénale de profil organique
B il s'agit d'une insuffisance rénale de profil fonctionnel
C le rapport plasmatique urée/créatinine devrait en théorie être supérieur à 100
D cette insuffisance rénale devrait être corrigée par des apports hydriques
E cette insuffisance rénale devrait être corrigée par des apports sodés

Question 6 – QROC
Quels sont les trois grands principes de votre prise en charge en réanimation ?

Question 7 – QCM
Parmi les propositions suivantes, quelles sont les trois causes les plus probables du syndrome atteignant ce patient ?
A auto-immune
B sarcoïdose
C tumorale
D tuberculose
E bloc enzymatique

Question 8 – QROC
L'employeur du patient vous téléphone pour avoir de ses nouvelles et pour vous demander quand il pourra retravailler, afin de savoir s'il doit éventuellement faire appel à un intérimaire. Que lui répondez-vous ?

Cas clinique 45 – mixte +

Un homme âgé de 24 ans, étudiant, sans aucun antécédent médical, a séjourné au Pérou pendant un mois avec trois de ses amis. Il n'a reçu aucune vaccination depuis la petite enfance et n'a pris aucun traitement préventif avant ou pendant le séjour. Huit jours après son retour, il se plaint d'une asthénie, d'une perte d'appétit et de céphalées frontales. Il a des douleurs abdominales diffuses. Il souffre d'insomnies. Il rapporte également un épisode d'épistaxis. À l'examen, il a une fièvre à 40 °C.

Question 1 – QROC
Quels sont les trois diagnostics que vous évoquez devant ce tableau clinique qui dure depuis 7 jours, quel est le plus probable ?

Question 2 – QCM
Il refuse tout complément d'examen ainsi que l'hospitalisation qui lui est proposée. Il revient 8 jours plus tard, totalement abattu, bradypsychique, négligeant les soins corporels. Dans l'intervalle il s'est automédiqué avec du paracétamol.
La température est toujours à 40 °C. La pression artérielle est à 90/60 mmHg. La fréquence respiratoire est à 22 cycles/min. Il dit uriner peu. Les selles sont liquides de couleur jaunâtre. L'abdomen est sensible dans son ensemble avec quelques gargouillements dans le flanc droit.
Parmi les signes cliniques suivants, lesquels seraient en faveur d'une typhoïde ?
A fréquence cardiaque à 80/mn
B splénomégalie
C ictère
D macules rosées de la base du thorax et de la partie supérieure de l'abdomen
E ulcération superficielle des piliers antérieurs du voile du palais
F rectorragies

Question 3 – QROC
Vous l'adressez au service des urgences. Quelles sont les deux mesures thérapeutiques à prendre en urgence ?

Question 4 – QCM
Quelles mesures prophylactiques et de santé publique proposez-vous ?
A isolement de contact
B isolement « gouttelettes »
C coproculture pour les amis de voyage
D antibiothérapie pour les amis de voyage
E déclaration obligatoire aux autorités sanitaires

Question 5 – QROC

Quels sont les trois examens complémentaires qui peuvent confirmer le diagnostic évoqué ?

Question 6 – QROC

Le patient est traité par antibiotique depuis 48 h. L'état de conscience s'est normalisé. La pression artérielle est à 110/70 mmHg, la température à 38,5 °C, la fréquence cardiaque à 70/min et la fréquence respiratoire à 16 cycles/min. Cependant, les douleurs abdominales s'intensifient et on note une défense généralisée concomitante d'un arrêt du transit. Le toucher rectal déclenche une douleur au niveau de cul-de-sac de Douglas.
Quelle complication redoutez-vous (une seule réponse) ?

Question 7 – QCM

Parmi les propositions suivantes, quelle décision thérapeutique devez-vous prendre (une seule réponse) ?

A exploration chirurgicale
B élargissement de l'antibiothérapie
C exploration endoscopique
D traitement symptomatique et surveillance

Question 8 – QROC

Six mois plus tard, il vient vous voir avant de partir en Égypte. Quelle prophylaxie est indiquée pour éviter une maladie similaire (trois items) ?

Question 9 – QCM

Parmi les parasitoses suivantes, lesquelles se transmettent par voie oro-fécale ?

A lambliase
B ascaridiose
C oxyurose
D amibiase
E hydatidose
F *Taenia saginata*
G *Taenia solium*

CHAPITRE

2 QCM

QCM 1

Parmi les propositions suivantes concernant l'alcoolo-dépendance, laquelle(lesquelles) est(sont) exacte(s) ?

A la dépendance est définie par une consommation d'alcool supérieure à 30 g/j chez l'homme et 20 g/j chez la femme
B la dépendance physique est définie par la présence de signes de sevrage à l'arrêt de la consommation
C l'abus d'alcool correspond à une utilisation nocive pour la santé associée à des signes de dépendance
D la consommation alcoolique excessive peut être dépistée en pratique par des questionnaires simples (DETA, AUDIT)
E en France, il y a environ 2,5 millions de consommateurs à risque non alcoolo-dépendants et 1,5 million de consommateurs alcoolo-dépendants
F le *binge-drinking* correspond à la consommation d'au moins 60 g d'alcool au cours d'une même occasion

QCM 2

Parmi les propositions suivantes, quelles sont les deux principales complications du sevrage alcoolique ?

A convulsions
B traumatisme crânien
C syndrome de Gayet-Wernicke
D syndrome de Korsakoff
E delirium tremens
F encéphalopathie hépatique

QCM 3

Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont des facteurs prédisposant au delirium tremens chez un sujet alcoolo-dépendant ?

A infection
B stress
C carence en vitamine B1
D intoxication alcoolique aiguë
E intervention chirurgicale

QCM 4

Concernant les complications neurologiques liées à l'alcoolisme, quelles sont les propositions vraies ?

A le syndrome de Korsakoff associe : anosognosie, fausses reconnaissances et fabulations
B le syndrome de Gayet-Wernicke est une complication directe de la consommation excessive d'alcool
C le syndrome de Gayet-Wernicke se traite par vitaminothérapie B_6 et B_9
D la consommation chronique excessive d'alcool se complique de neuropathie périphérique, classiquement de type multinévrite
E la consommation chronique excessive d'alcool diminue la pression artérielle

QCM 5

Concernant la prise en charge de l'alcoolo-dépendance (une ou plusieurs propositions exactes) :

A l'intervention brève s'adresse aux consommateurs alcoolo-dépendants
B le sevrage ambulatoire est possible en l'absence d'antécédents de delirium tremens et/ou de convulsions
C la probabilité d'abstinence durable après une première tentative de sevrage est supérieure à 50 %
D la prise en charge du sevrage alcoolique repose essentiellement sur les addictolytiques (naltrexone, acomprosate, baclofène)
E la prise de benzodiazépines au long cours peut être proposée en traitement substitutif

QCM 6

Concernant les critères diagnostiques de la dénutrition (une ou plusieurs propositions exactes) :

A ils sont les mêmes quel que soit l'âge du patient : indice de masse corporelle inférieur à 18 et taux d'albumine inférieur à 30 g/L
B le seuil chez le sujet âgé est un indice de masse corporelle inférieur à 21
C quel que soit l'âge : perte de poids supérieure ou égale à 5 % en 1 mois ou supérieure ou égale à 10 % en 6 mois
D l'albumine ne peut s'interpréter qu'avec la créatininémie et la CRP

E la préalbumine a une demi-vie plus longue que l'albumine
F le MNA *(mini nutritional assessment)* est un test de dépistage et d'évaluation de la dénutrition chez le sujet âgé (> 70 ans)
G un dosage de préalbumine inférieur à 50 mg/L est un signe de dénutrition sévère

QCM 7

Parmi les éléments suivants, lesquels peuvent contribuer à la dénutrition du sujet âgé ?
A isolement
B modifications des fonctions physiologiques (stade 1 de Bouchon)
C mauvais état bucco-dentaire
D décès du conjoint
E dysfonction érectile
F chutes
G polymédication

QCM 8

Concernant la prise en charge de la dénutrition modérée du sujet âgé (> 70 ans), quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?
A elle repose en première intention sur la nutrition parentérale
B elle repose en première intention sur la nutrition entérale si les ingestas couvrent moins de la moitié des besoins
C elle repose en première intention sur la nutrition orale enrichie si les ingestas couvrent plus de la moitié des besoins
D le suivi pondéral doit être quotidien
E le suivi biologique repose sur une albuminémie hebdomadaire
F la durée de l'assistance nutritionnelle est souvent de l'ordre de 2–3 mois et plus prolongée que chez le sujet < 70 ans
G la nutrition parentérale soit être réservée au cas où le tube digestif n'est pas fonctionnel

QCM 9

Concernant les toxi-infections alimentaires collectives (TIAC), quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?
A une TIAC se définit par au moins deux cas similaires d'épisode digestif dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire
B la définition de TIAC ne s'applique qu'au contexte de restauration collective
C les épidémies d'infection à *Staphylococcus aureus* peuvent se compliquer d'un syndrome hémolytique et urémique mettant potentiellement en jeu le pronostic vital
D les TIAC doivent être déclarées aux autorités sanitaires et/ou vétérinaires
E toute suspicion de TIAC impose la mise en route d'une antibiothérapie par fluoroquinolone

QCM 10

Quels sont les deux agents infectieux les plus fréquemment incriminés dans les toxi-infections alimentaires collectives ?
A *Escherichia coli*
B *Salmonella* non *typhi*
C *Shigella*
D *Campylobacter*
E *Staphylococcus aureus*
F *Clostridium perfringens*
G *Staphylococcus epidermidis*
H *Salmonella typhi*

QCM 11

Parmi les mesures suivantes, quelle est la plus efficace pour réduire la transmission interhumaine des agents infectieux ?
A filtration de l'eau du robinet
B lavage des fruits et légumes
C hygiène des mains
D décontamination des locaux
E respect de la chaîne du froid
F port d'un masque et d'un charlotte
G stérilisation du matériel de préparation

QCM 12

Parmi les affirmations suivantes, laquelle(lesquelles) est(sont) exacte(s) concernant la renutrition d'un malade dénutri sévère ?
A il faut administrer une alimentation comportant d'emblée 25 à 30 kCal/kg/j
B le *refeeding syndrome* fait courir un risque vital par hypokaliémie et hypophosphorémie
C l'apport protéino-calorique doit être associé à un apport vitaminique, et notamment en vitamine B_6 pour prévenir la survenue d'un syndrome de Gayet-Wernicke
D la carence en vitamine B_{12} s'installe plus rapidement que la carence en folates
E toutes les propositions précédentes sont fausses

QCM 13

Parmi les virus suivants, lesquels peuvent être responsables d'une hépatite fulminante ?
A VIH
B VHC
C VHB
D VHA
E VHE
F HSV

QCM 14

Concernant la transmission des virus responsables d'une hépatite virale, laquelle(lesquelles) est(sont) exacte(s) ?

A le VHA se transmet selon le même mode que le VHE
B le VHC se transmet essentiellement par voie sexuelle
C le VHC se transmet essentiellement par voie hématogène
D le VHB se transmet par voie sexuelle
E le VHB se transmet par voie hématogène
F le VHA se transmet essentiellement par voie hématogène
G une infection au VHB doit faire chercher des infections par le VIH et la syphilis

QCM 15

Concernant l'infection liée au VHB, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?
A la transmission est le plus souvent horizontale en Afrique et Asie du Sud-Est
B la vaccination est un moyen de prévention sûr et efficace
C le diagnostic d'hépatite B chronique active repose sur la mise en évidence d'anticorps anti-HBs
D les mutants pré-core se caractérisent par AgHBe– et anticorps anti-HBe+
E le dépistage de l'AgHBs doit être effectué au début de toute grossesse
F la présence d'anticorps anti-HBc signe une protection vaccinale contre le VHB

QCM 16

Concernant l'histoire naturelle de l'hépatite B, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?
A elle se caractérise par 80 % de passage à la chronicité lorsque l'infection survient après l'âge de 5 ans
B la possibilité d'élimination virale complète persiste et est fréquente à la phase de chronicité de l'infection
C le dépistage du carcinome hépatocellulaire n'est justifié que chez les malades ayant atteint le stade de cirrhose hépatique
D tout malade ayant eu une sérologie VHB positive et devant recevoir un traitement immunosuppresseur doit être traité de façon préemptive par analogues nucléosidiques
E le risque de survenue d'un carcinome hépatocellulaire sur cirrhose virale B est d'environ 5 % par an

QCM 17

Sur quelles mesures systématiques la prévention de la transmission maternofœtale du VHB à la naissance repose-t-elle ?
A vaccination immédiate, puis rappel aux 2e et 6e mois
B immunoglobulines humaines anti-VHB
C analogues nucléosidiques chez l'enfant à la naissance
D analogues nucléosidiques chez la mère en fin de grossesse
E interféron chez la mère en fin de grossesse

QCM 18

Parmi les schémas thérapeutiques suivants, lequel(lesquels) est(sont) utilisé(s) pour traiter l'infection du VHB ?
A ribavirine seule
B interféron seul
C analogues nucléos(t)idiques seuls
D interféron + analogues nucléos(t)idiques
E interféron + ribavirine

QCM 19

Concernant l'infection liée au VHC, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?
A le diagnostic d'infection active repose sur la mise en évidence en ELISA d'anticorps anti-VHC
B son diagnostic impose systématiquement une ponction-biopsie hépatique pour évaluer la sévérité de l'hépatopathie
C son diagnostic impose la recherche d'une co-infection par le VHD ou le VIH
D elle se caractérise par 80 % de passage à la chronicité
E la possibilité d'élimination virale complète grâce aux traitements spécifiques existe à la phase de chronicité de l'infection

QCM 20

Concernant la prise en charge de l'infection liée au VHC, quelles propositions sont vraies ?
A la prévention repose sur la vaccination
B la prévention repose sur l'utilisation des préservatifs
C la transmission maternofœtale peut être diminuée par le traitement de la mère en fin de grossesse
D le traitement peut éradiquer complètement l'infection virale
E il existe un risque de réactivation avec les traitements immunosuppresseurs
F le génotype 1 est le plus fréquent en France
G les génotypes 2 et 3 sont les plus sensibles aux traitements

QCM 21

Parmi les schémas thérapeutiques suivants, lesquel(s) est(sont) utilisé(s) pour traiter l'infection du VHC ?
A ribavirine seule
B interféron seul
C analogues nucléos(t)idiques seuls
D interféron + analogues nucléos(t)idiques
E interféron + ribavirine

QCM 22

Concernant la giardiase, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?
A elle s'accompagne d'hyperéosinophilie
B il existe des formes communautaires en France

C elle peut être responsable d'atrophie villositaire
D le traitement repose sur les nitro-imidazolés
E il existe des formes subaiguës voire chroniques
F le diagnostic est sérologique

QCM 23

Concernant l'infection par un taenia, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

A une hyperéosinophilie modérée est possible
B il existe deux formes selon l'hôte (porc ou bœuf)
C le diagnostic parasitologique est difficile
D elle peut être prévenue par la cuisson de la viande
E elle peut se manifester par des signes de migration larvaire (syndrome de Loeffler)

QCM 24

Concernant l'oxyurose, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

A elle se manifeste essentiellement par une diarrhée de malabsorption
B elle atteint surtout les enfants sur un mode épidémique
C elle se diagnostique par le scotch-test
D elle peut être responsable de dénutrition
E il est conseillé de traiter l'entourage en plus du cas index

QCM 25

Concernant l'ascaridiose, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

A elle peut se manifester par des signes de migration larvaire (syndrome de Loeffler)
B elle est fréquemment révélée par la présence d'anneaux dans les sous-vêtements
C des formes latentes peuvent mettre en jeu le pronostic vital en cas de traitement immunosuppresseur, et imposent un déparasitage préventif par ivermectine chez les malades originaires de zone endémique
D le mode de transmission est oro-fécal
E elle peut se transmettre par ingestion de viande insuffisamment cuite

QCM 26

Concernant l'amibiase, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

A elle peut se manifester par un syndrome dysentérique
B la forme initiale est fréquemment accompagnée de fièvre
C elle peut se compliquer d'abcès hépatique
D elle s'accompagne d'hyperéosinophilie
E son traitement repose sur l'association d'antiparasitaires de contact et systémiques

QCM 27

Concernant la diarrhée du voyageur, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

A le traitement repose sur un antibiotique associé à un antidiarrhéique et une réhydratation contenant du glucose et du sodium
B elle est parasitaire dans la majorité des cas
C son association à une fièvre doit faire systématiquement rechercher un paludisme
D en cas de diarrhée du voyageur prolongée (plus de 14 jours), il faut prescrire une coproculture et deux à trois examens parasitologique des selles
E le germe le plus souvent incriminé est *Escherichia coli* entéro-toxinogène
F le germe le plus souvent incriminé est *Escherichia coli* entéro-invasif

QCM 28

Concernant la nutrition artificielle, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

A il faut préférer la nutrition parentérale pour sa moindre morbidité et sa simplicité en comparaison de la nutrition entérale
B la principale complication de la nutrition entérale est l'inhalation
C la principale complication de la nutrition parentérale est la septicémie sur cathéter
D la nutrition parentérale au long cours doit être accompagnée d'une supplémentation systématique en vitamines et oligo-éléments
E la nutrition parentérale au long cours peut se compliquer d'hépatopathie dysmétabolique

QCM 29

Concernant la maladie de Crohn, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

A elle est favorisée par le tabagisme
B elle peut s'accompagner d'érythème noueux
C elle augmente le risque de cancer colorectal
D c'est une maladie d'origine multifactorielle (génétique, environnement, alimentation)
E sa survenue après l'âge de 40 ans est rarissime

QCM 30

Concernant le diagnostic de maladie de Crohn, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

A les lésions endoscopiques peuvent être séparées par des intervalles de muqueuse saine
B les anticorps anti-*Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) ont une très bonne sensibilité et spécificité pour le diagnostic
C les ANCA ont une très bonne sensibilité et spécificité pour le diagnostic
D on observe en histologie des granulomes épithélioïdes et gigantocellulaires dans plus de 50 % des cas

E la distinction avec une tuberculose intestinale est facile à réaliser grâce à l'histologie
F tout bilan initial doit comporter, en plus de l'iléocoloscopie, une endoscopie œsogastroduodénale et une entéro-IRM

QCM 31

Concernant la rectocolite hémorragique, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?
A elle peut évoluer vers des sténoses fibreuses, des fistules et des abcès
B l'âge jeune, la cortico-requérance et la présence de lésions ano-périnéales sont des facteurs de mauvais pronostic
C elle est associée à une augmentation du risque de cholangite sclérosante primitive
D le tabac est un facteur favorisant la survenue de complications
E au contraire de la maladie de Crohn, elle ne se complique jamais de colite aiguë grave

QCM 32

Concernant le diagnostic de rectocolite hémorragique, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) inexacte(s) ?
A les lésions endoscopiques sont typiquement séparées par des intervalles de muqueuse saine
B histologiquement, les lésions sont typiquement transmurales
C devant une colite inflammatoire, l'absence de granulome sur la biopsie est nécessaire et suffisante au diagnostic de rectocolite hémorragique
D il est recommandé de réaliser une endoscopie œsogastroduodénale et une entéro-IRM dans le bilan d'extension de la rectocolite hémorragique
E le risque de transmission à la descendance est de 50 % (transmission autosomique dominante)

QCM 33

Parmi les éléments suivants, lesquels permettent une évaluation de la sévérité d'une poussée aiguë de maladie inflammatoire chronique intestinale ?
A nombre de selles par jour
B émissions glairo-sanglantes
C température
D hémoglobine
E CRP ou VS
F albumine
G fréquence cardiaque

QCM 34

Lequel(lesquels) de cet(ces) examen(s) est(sont) nécessaire(s) avant de prescrire un anticorps monoclonal anti-TNF au cours d'une maladie de Crohn ?
A radiographie de thorax
B sérologies VHB, VHC et VIH
C quantiféron et/ou intradermoréaction à la tuberculine
D recherche de cancer
E recherche de foyer infectieux
F ECG

QCM 35

Concernant l'épidémiologie du cancer colorectal, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?
A l'incidence est de 12 000 nouveaux cas par an en France
B il s'agit du troisième cancer en incidence en France
C la population générale correspond au « risque faible »
D le risque moyen est défini par l'absence de symptômes et de facteurs de risque spécifiques après 50 ans
E son incidence a diminué ces vingt dernières années grâce à l'amélioration du dépistage

QCM 36

Concernant les techniques de dépistage et de diagnostic du cancer colorectal, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?
A l'Hemoccult® doit être réalisé chez toute personne de 50 à 74 ans quel que soit son degré de risque de ce cancer
B en cas d'antécédent familial au premier degré avant 60 ans, il faut réaliser une coloscopie à partir de 45 ans ou 5 ans avant l'âge du diagnostic du cas index
C le dépistage chez les patients appartenant à une famille Lynch ou PAF repose sur la coloscopie
D la coloscopie virtuelle peut être proposée en cas de refus de la coloscopie par le patient
E la coloscopie virtuelle peut être proposée en cas de contre-indication médicale à la coloscopie
F la coloscopie est le seul examen de dépistage permettant l'ablation des polypes et leur diagnostic histologique

QCM 37

Concernant les grands principes du traitement du cancer colique, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?
A le traitement chirurgical constitue la base du traitement curatif
B les indications de la chimiothérapie concernent les stades IV uniquement
C le bilan préthérapeutique inclut systématiquement une écho-endoscopie par voie basse et une IRM pelvienne
D les protocoles de chimiothérapie reposent sur des associations à base de 5-fluoro-uracile, d'oxaliplatine et d'irinotécan
E la présence de métastases hépatiques doit faire réaliser un TEP-scan systématiquement

QCM 38

Concernant le cancer rectal, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

A l'IRM pelvienne permet de guider la décision thérapeutique
B il se manifeste souvent par une hémorragie digestive basse
C la chirurgie de référence ne comporte plus l'exérèse totale du mésorectum depuis l'avènement de la radiochimiothérapie
D les cancers du moyen et du haut rectum sont traités comme des cancers du côlon
E en cas de cancer du bas rectum, l'amputation abdomino-périnéale avec stomie définitive est systématique
F la chirurgie du rectum entraîne toujours une incontinence fécale

QCM 39

Parmi les propositions suivantes, quelles sont les affirmations vraies ?

A le diagnostic du syndrome de Lynch repose sur les critères d'Amsterdam
B le syndrome de Lynch est dû à la mutation du gène APC
C le syndrome de Lynch est dû à une anomalie d'un des gènes de réparation de l'ADN
D le diagnostic de polypose adénomateuse familiale repose sur l'examen coloscopique
E les femmes atteintes de polypose adénomateuse familiale ont un risque de 40 % de développer un cancer de l'endomètre
F les cancers des voies urinaires, gastriques et des voies biliaires font partie du spectre des cancers du syndrome de Lynch

QCM 40

Concernant les facteurs de risque du cancer de l'estomac, quelles sont les propositions vraies ?

A l'infection chronique à *Helicobacter pylori* est responsable de plus de 50 % des cancers de l'estomac
B les patients ayant un antécédent d'ulcère gastrique ont plus de risque de développer un cancer gastrique
C l'incidence du cancer gastrique distal a diminué dans les pays développés par l'abandon de la conservation alimentaire par salaison
D tout ulcère gastrique est un cancer jusqu'à preuve du contraire
E des antécédents de maladie de Biermer ou de Ménétrier ou de gastrectomie partielle sont des conditions précancéreuses pour l'adénocarcinome gastrique

QCM 41

Concernant la prise en charge diagnostique et thérapeutique du cancer de l'estomac, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

A l'écho-endoscopie doit être systématique dans le bilan d'extension
B le TEP-scan doit être systématique dans le bilan d'extension
C il faut systématiquement rechercher et éradiquer *Helicobacter pylori* chez les apparentés au premier degré d'un cas index
D le traitement curatif des formes opérables repose sur la chirurgie d'exérèse souvent associée à une chimiothérapie
E l'aspect endoscopique de gros plis rigides doit faire évoquer une linite gastrique

QCM 42

Concernant les cancers de l'œsophage, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

A l'endobrachyœsophage est une lésion précancéreuse
B obésité et reflux gastro-œsophagien sont des facteurs de risque d'adénocarcinome
C le cancer épidermoïde survient sur un terrain éthylo-tabagique
D le cancer épidermoïde est plus fréquent chez la femme
E l'adénocarcinome de la jonction œsogastrique est favorisé par *Helicobacter pylori*

QCM 43

Concernant le cancer œsophagien, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

A le bilan préthérapeutique comprend une endoscopie ORL et une bronchoscopie en cas de terrain alcoolo-tabagique
B le bilan préthérapeutique comprend un transit œsogastroduodénal systématique
C un transit œsogastroduodénal n'est utile qu'en cas de sténose œsophagienne
D l'écho-endoscopie permet d'apprécier l'extension pariétale
E le bilan préthérapeutique comprend une évaluation nutritionnelle

QCM 44

Concernant la prise en charge du cancer de l'œsophage, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

A le traitement repose sur une radiochimiothérapie quel que soit le stade de la maladie
B en cas de dysphagie responsable d'une dénutrition, la pose d'une prothèse œsophagienne doit être discutée

C en cas de dysphagie responsable d'une dénutrition, la pose d'une sonde de gastrostomie est systématique
D la résection du cancer de l'œsophage, lorsqu'elle possible, est une chirurgie lourde souvent incompatible avec le terrain sur lequel se développe le cancer (en particulier insuffisance respiratoire)
E toutes les propositions sont fausses

QCM 45

Un sujet âgé a un ictère apparu sans douleur ni fièvre. On palpe une hépatomégalie et une grosse vésicule. Quel diagnostic doit-on évoquer en priorité parmi les hypothèses suivantes ?
A cholécystite aiguë
B hydrocholécyste
C lithiase du cholédoque
D cancer de la tête du pancréas
E cancer du hile du foie
F cancer de la vésicule
G hémochromatose

QCM 46

Chez un malade de 75 ans présentant successivement une douleur épigastrique, un ictère et une fièvre, et ayant à l'hémogramme une anémie microcytaire ferriprive, quels sont les deux diagnostics que vous envisagez en priorité parmi les hypothèses suivantes ?
A un cancer de la tête du pancréas
B un calcul de la voie biliaire principale
C un cancer du hile hépatique
D un ampullome vatérien
E une pancréatite chronique
F une cholécystite aiguë

QCM 47

Parmi les propositions suivantes concernant les pseudo-kystes du pancréas, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?
A ils sont de consistance tissulaire en échographie
B ils ne présentent pas de risque de dégénérescence
C ils peuvent comprimer les structures adjacentes (canaux pancréatiques ou biliaires)
D ils ne sont jamais visualisés lors de l'opacification rétrograde des canaux pancréatiques
E ils sont toujours associés à des calcifications de pancréatite chronique

QCM 48

Parmi les examens suivants, indiquer celui sur lequel repose la prévention du cancer colorectal, chez les sujets à haut risque :
A lavement baryté en technique standard
B dosage de l'antigène carcino-embryonnaire
C coloscopie totale
D coloscopie virtuelle
E échographie abdominale
F scanner abdomino-pelvien

QCM 49

En cas de découverte par recto-sigmoïdoscopie d'un polype pédiculé de 1 cm, il faut (une ou plusieurs réponses exactes) :
A doser l'antigène carcino-embryonnaire
B proposer d'emblée une colectomie
C réaliser son exérèse à l'anse diathermique permettant une étude histologique
D décider d'une simple surveillance
E faire une coloscopie totale afin de rechercher d'autres polypes

QCM 50

Parmi les propositions suivantes, lesquels sont des facteurs de risque de cancer du pancréas ?
A obésité
B tabac
C antécédent familial de ce cancer
D cystadénome séreux
E pseudo-kyste de pancréatite chronique
F cystadénome mucineux
G tumeur intracanalaire papillaire et mucineuse du pancréas
H antécédent de pancréatite aiguë

QCM 51

Concernant le cancer du pancréas, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?
A le CA 19-9 est un marqueur diagnostic et pronostique sensible et spécifique
B le CA 19-9 peut s'élever en cas de diabète, cholestase ou autre adénocarcinome
C l'obtention d'une preuve histologique par biopsie sous écho-endoscopie doit être systématique que la tumeur soit résécable ou non
D la survie à 5 ans est supérieure à 80 % chez les malades opérés
E près de 80 % des malades ont une tumeur résécable au moment du diagnostic

QCM 52

Parmi les manifestations suivantes, lesquelles sont favorisées par le cancer du pancréas ?
A diabète
B dépression
C maladie thrombo-embolique
D dyslipidémie
E dénutrition
F pancréatite aiguë

QCM 53

Parmi les propositions suivantes concernant les tumeurs kystiques du pancréas, lesquelles sont vraies ?

A les adénocarcinomes peuvent être kystiques
B les lésions kystiques du pancréas les plus fréquentes sont les pseudo-kystes de pancréatite chronique
C les cystadénomes communiquent avec le système canalaire pancréatique
D les cystadénomes séreux ne dégénèrent pas en adénocarcinome
E les tumeurs intracanalaires papillaires et mucineuses du pancréas (TIPMP) peuvent dégénérer en adénocarcinome

QCM 54

Devant une hépatomégalie, en cas de suspicion d'hydatidose, quel examen ne doit pas être effectué ?

A échographie
B sérodiagnostic
C hémogramme
D biopsie du kyste
E tomodensitométrie
F écho-endoscopie

QCM 55

Concernant le kyste biliaire simple, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

A c'est la lésion bénigne du foie la plus fréquente
B il peut dégénérer en carcinome hépatocellulaire
C il communique avec l'arbre biliaire
D il apparaît en hypersignal en T2 sans paroi ni cloison ni nodule mural à l'IRM
E il nécessite une surveillance échographique périodique

QCM 56

Concernant les tumeurs bénignes du foie, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) inexacte(s) ?

A l'adénome est favorisé par la prise prolongée de contraceptifs oraux
B toute tumeur bénigne du foie doit être biopsiée
C l'adénome a un aspect typiquement hypervasculaire à l'imagerie
D l'hyperplasie nodulaire focale comporte un aspect de cicatrice centrale
E l'hémangiome a une prise de contraste périphérique « en motte »

QCM 57

Concernant les tumeurs bénignes du foie, quelles sont les propositions exactes ?

A l'hyperplasie nodulaire focale peut dégénérer
B l'adénome peut se compliquer d'une hémorragie ou d'une transformation maligne
C l'hyperplasie nodulaire focale et l'hémangiome ne nécessitent aucun traitement ni surveillance
D l'adénome ne nécessite aucun traitement ni surveillance
E les adénomes mesurant plus de 5 cm ou compliqués doivent être réséqués

QCM 58

Concernant le carcinome hépatocellulaire, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

A sa vascularisation est essentiellement portale
B il se développe exclusivement sur une cirrhose
C au cours de la cirrhose, il survient avec une incidence d'environ 10 % par an
D le diabète de type 2 est un facteur de risque de CHC
E la majorité des cas restent diagnostiqués à l'occasion de complications (tardives) de la cirrhose ou de la tumeur

QCM 59

Concernant le diagnostic du carcinome hépatocellulaire, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

A l'alpha-fœtoprotéine est un marqueur sensible et spécifique
B tout nodule suspect doit être biopsié pour obtenir la preuve du carcinome hépatocellulaire
C la biopsie n'est pas indispensable au diagnostic si l'aspect à l'imagerie (IRM ou TDM) est typique
D l'aspect typique à l'imagerie est celui d'une hypovascularisation au temps artériel et prise de contraste intense au temps portal
E l'aspect typique à l'imagerie est celui d'une hypervascularisation au temps artériel et lavage du produit de contraste au temps portal

QCM 60

Indiquer, parmi les signes suivants, celui(ceux) qui est(sont) la conséquence d'une malabsorption lipidique :

A anémie par carence en vitamine B_9
B anémie par carence en vitamine B_{12}
C anémie par carence martiale
D hypocalcémie par carence en vitamine D
E troubles de l'hémostase par carence en vitamine K

QCM 61

Concernant les diarrhées aiguës, quelles est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

A une diarrhée aiguë se définit par l'évacuation d'au moins trois selles molles à liquides par jour, évoluant depuis moins de 1 mois
B les cas de diarrhée aiguë sont fréquents, généralement bénins et régressent le plus souvent sous antibiothérapie

C le principal risque d'une diarrhée aiguë est la déshydratation
D la prescription d'un bilan biologique doit être systématique pour évaluer le retentissement d'une diarrhée aiguë, notamment sur l'état d'hydratation
E dans la majorité des cas, une diarrhée aiguë ne nécessite ni exploration paraclinique ni traitement anti-infectieux

QCM 62

Quelles sont les indications de coproculture parmi les propositions suivantes ?

A diarrhée de durée supérieure à 1 semaine
B diarrhée au retour de voyage
C toute diarrhée avec syndrome dysentérique
D toute diarrhée avec syndrome septicémique
E toute diarrhée avec syndrome cholériforme
F diarrhée survenant chez un malade immunodéprimé
G diarrhée survenant chez un malade de plus de 70 ans quel que soit le contexte

QCM 63

La recherche de *Clostridium difficile* dans les selles doit être réalisée systématiquement en cas de (quatre propositions exactes) :

A toxi-infection alimentaire collective
B maladie inflammatoire chronique intestinale en poussée
C diarrhée au retour d'un voyage
D diarrhée avec fièvre sous chimiothérapie
E diarrhée en contexte de maison de retraite
F diarrhée survenant sous ou après antibiothérapie

QCM 64

Le traitement de la diarrhée aiguë doit comporter systématiquement (plusieurs propositions possibles) :

A une réhydratation orale
B des antiseptiques intestinaux
C des ralentisseurs du transit
D un apport en glucose et sodium
E un régime riche en fibres

QCM 65

Une hépatomégalie nodulaire à l'imagerie peut être due à (plusieurs propositions possibles) :

A une échinococcose alvéolaire
B une angiocholite chronique
C un cancer métastatique
D un carcinome hépatocellulaire
E une hépatite virale aiguë

QCM 66

Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont considérées comme des moyens thérapeutiques potentiellement curateurs du carcinome hépatocellulaire ?

A résection chirurgicale
B chimio-embolisation
C radiofréquence
D transplantation hépatique
E chimiothérapie systémique

QCM 67

Devant une douleur épigastrique d'apparition brutale accompagnée de nausées, quels diagnostics devez-vous évoquer parmi les suivants ?

A pancréatite aiguë
B dissection aortique
C ulcère perforé
D infarctus du myocarde inférieur
E embolie pulmonaire

QCM 68

Devant une douleur de l'hypochondre droit avec fièvre à 39 °C, quels sont les deux diagnostics à évoquer en priorité ?

A cholécystite aiguë
B appendicite aiguë sous-hépatique
C acidocétose diabétique
D pneumopathie de la base droite
E embolie pulmonaire

QCM 69

Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont exactes concernant les causes métaboliques de douleur abdominale aiguë ?

A une hypernatrémie et une hypokaliémie doivent faire évoquer une insuffisance surrénalienne aiguë
B la survenue d'une douleur abdominale aiguë chez un diabétique de type II doit faire évoquer une acidocétose
C le caractère récidivant associé à un syndrome inflammatoire doit faire évoquer une maladie périodique
D la porphyrie est une cause fréquente de douleur abdominale
E une crise drépanocytaire peut se manifester par des douleurs abdominales

QCM 70

Concernant les hémorragies digestives, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

A une rectorragie témoigne toujours d'un saignement en aval de l'angle de Treitz
B une hématémèse témoigne toujours d'un saignement en amont de l'angle de Treitz

C un méléna témoigne le plus souvent d'un saignement en amont de l'angle colique droit
D une rectorragie associée à un état de choc doit faire rechercher une origine digestive haute
E la cause la plus fréquente de rectorragie abondante est d'origine diverticulaire

QCM 71

Parmi les examens suivants, quels sont les deux qu'il vous semble important de réaliser en urgence devant des rectorragies abondantes associées à un état de choc ?
A coloscopie
B endoscopie œsogastroduodénale
C angioscanner abdominal
D vidéocapsule
E rectoscopie

QCM 72

Parmi les marqueurs suivants, lesquels sont de bons marqueurs de gravité d'une hémorragie digestive ?
A abondance du saignement extériorisé
B fréquence cardiaque
C pression artérielle
D pâleur cutanéomuqueuse
E taux d'hémoglobine
F taux d'hématocrite

QCM 73

Parmi les propositions suivantes, lesquelles font partie du traitement spécifique d'un ulcère gastrique ou duodénal hémorragique ?
A inhibiteurs de la pompe à protons IV
B sandostatine IV
C érythromycine IV en vue de l'endoscopie
D métoclopramide IV
E endoscopie pour suture de l'ulcère
F hémostase endoscopique par clip et/ou injection d'adrénaline diluée

QCM 74

Parmi les propositions suivantes, lesquelles font partie du traitement spécifique de varices œsophagiennes hémorragiques ?
A inhibiteurs de la pompe à protons IV
B sandostatine IV
C érythromycine IV en vue de l'endoscopie
D métoclopramide IV
E endoscopie pour ligature
F hémostase endoscopique par clip ou/et injection d'adrénaline diluée

QCM 75

Quelles sont les complications possibles d'une hémorragie par rupture de varices œsophagiennes chez un patient cirrhotique ?
A infection du liquide d'ascite
B thrombose porte
C encéphalopathie hépatique
D syndrome hépatorénal
E décompensation œdémato-ascitique

QCM 76

Parmi les affections suivantes, lesquelles peuvent entraîner une occlusion intestinale par strangulation ?
A maladie de Crohn
B hernie inguinale
C occlusion sur bride
D volvulus du sigmoïde
E cancer du sigmoïde

QCM 77

Dans une occlusion du sigmoïde par obstruction, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?
A les vomissements sont précoces
B le météorisme est périphérique
C les bruits hydroaériques sont nombreux, témoignant d'un mécanisme de lutte
D il peut exister une vidange du segment inférieur se traduisant par une diarrhée abondante
E les niveaux hydroaériques radiologiques sont généralement plus hauts que larges

QCM 78

Dans une occlusion du grêle par strangulation, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?
A les vomissements sont précoces
B le météorisme est central
C les bruits hydroaériques sont nombreux, témoignant d'un mécanisme de lutte
D il peut exister une vidange du segment inférieur
E les niveaux hydroaériques radiologiques sont plus hauts que larges

QCM 79

Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont des complications possibles d'un syndrome occlusif ?
A pneumopathie d'inhalation
B perforation digestive
C thrombose mésentérique
D insuffisance rénale aiguë fonctionnelle
E insuffisance hépatocellulaire

QCM 80

Quel est l'examen morphologique de référence pour le diagnostic d'occlusion digestive ?
A cliché d'abdomen sans préparation
B TDM
C IRM
D endoscopie digestive
E aucun, exploration chirurgicale d'emblée

QCM 81

Concernant le traitement d'un syndrome occlusif, quels éléments sont indispensables dans la prise en charge thérapeutique ?

A sonde nasogastrique pour aspiration si vomissements
B antalgiques et antispasmodiques
C intervention chirurgicale
D inhibiteurs de la pompe à protons
E mise à jeun

QCM 82

Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont des causes possibles de cirrhose hépatique ?

A hémochromatose
B infection à VHA
C infection à VIH
D syndrome dysmétabolique
E paracétamol

QCM 83

Concernant le diagnostic de cirrhose hépatique, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

A il nécessite toujours une preuve histologique par ponction-biopsie hépatique
B les tests non invasifs sont validés dans le cadre de l'infection liée au VHB
C l'association de signes cliniques, biologiques, endoscopiques et échographiques d'hypertension portale et d'insuffisance hépatique permet de porter le diagnostic de cirrhose dans la grande majorité des cas
D la normalité des tests hépatiques exclut l'existence d'une cirrhose
E la présence d'un bloc bêta-gamma sur l'électrophorèse des protides sériques oriente vers une origine éthylique

QCM 84

Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont des facteurs déclenchants d'encéphalopathie hépatique en cas de cirrhose ?

A infection bactérienne
B hémorragie digestive
C médicaments sédatifs
D insuffisance rénale
E hyponatrémie
F diurétiques
G thrombose porte

QCM 85

Parmi les paramètres suivants, lesquels sont constitutifs du score de Child-Pugh ?

A transaminases
B albuminémie
C alpha-fœtoprotéine
D créatininémie
E présence d'une ascite
F *flapping tremor*

QCM 86

Parmi les propositions suivantes, quelles complications d'une cirrhose doivent être recherchées systématiquement dans l'histoire de la maladie ?

A présence de varices œsophagiennes
B infections (en particulier, infection du liquide d'ascite)
C décompensation œdémato-ascitique
D carcinome hépatocellulaire
E encéphalopathie hépatique

QCM 87

Une ascite riche en protéines (> 25 g/L) peut être due à (une ou plusieurs réponses exactes) :

A syndrome de Budd-Chiari
B péricardite constrictive
C thrombose porte
D carcinose péritonéale
E tuberculose péritonéale
F insuffisance cardiaque gauche
G fistule pancréatique

QCM 88

L'infection du liquide d'ascite (une ou plusieurs réponses exactes) :

A est toujours de symptomatologie bruyante
B doit être recherchée devant toute décompensation de cirrhose
C son diagnostic nécessite la mise en évidence d'un germe dans le liquide d'ascite
D le diagnostic repose sur le nombre des polynucléaires dans le liquide d'ascite supérieur à 250/mm^3
E l'efficacité de son traitement doit être contrôlée par une ponction après 48 h de traitement

QCM 89

Au cours de la carcinose péritonéale, l'ascite (une ou plusieurs réponses exactes) :

A est souvent pauvre en protides du fait de la dénutrition sous-jacente
B le taux de leucocytes supérieur à 250/mm^3 est synonyme d'infection qui doit être traitée comme telle
C la présence de cellules tumorales dans l'ascite en est un signe diagnostique très sensible
D la présence de cellules tumorales dans l'ascite en est un signe diagnostique très spécifique
E peut être associée à un syndrome occlusif

QCM 90

Concernant le traitement d'une première poussée d'ascite cirrhotique, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

A une ascite abondante peut nécessiter une ponction évacuatrice avec compensation par albumine
B toute ascite doit être ponctionnée à visée exploratrice
C les diurétiques ne sont pas introduits systématiquement pour prévenir la récidive en cas d'acite abondante
D la recherche d'un facteur déclenchant est indispensable
E l'inscription sur une liste de transplantation hépatique est impérative

QCM 91

Concernant le traitement par diurétiques de l'ascite cirrhotique, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

A les diurétiques épargneurs de potassium sont moins efficaces que les diurétiques de l'anse
B l'efficacité est jugée sur la perte de poids
C l'efficacité est jugée sur la fréquence cardiaque
D la tolérance biologique s'évalue sur le ionogramme et la créatininémie
E un surdosage peut entraîner une encéphalopathie hépatique
F ils doivent être suspendus en cas d'infection du liquide d'ascite

QCM 92

Concernant le traitement de l'infection du liquide de l'ascite chez le cirrhotique, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

A elle nécessite la mise en route d'une antibiothérapie dès la réception des résultats de la ponction d'ascite
B l'antibiothérapie est probabiliste et repose sur l'une des trois classes suivantes : β-lactamines, C3G ou fluoroquinolones
C en cas d'infection grave, l'adjonction d'un aminoside est nécessaire
D l'ascite doit systématiquement être évacuée
E les perfusions d'albumine ne sont nécessaires qu'en cas de ponction évacuatrice

QCM 93

Parmi les propositions suivantes concernant les possibilités thérapeutiques de l'ascite réfractaire, lesquelles sont exactes ?

A le TIPS est contre-indiqué en cas d'encéphalopathie hépatique
B les ponctions itératives avec compensation par albumine constituent la meilleure alternative en termes de qualité de vie
C la transplantation hépatique doit être discutée en l'absence de contre-indication
D elle impose une antibioprophylaxie systématique en raison des ponctions répétées
E elle peut être traitée par des perfusions d'albumine seules

QCM 94

Quelles anomalies l'échographie hépatique doit-elle spécifiquement rechercher au cours de la cirrhose ?

A foie dysmorphique
B calculs vésiculaires
C perméabilité et flux porte
D nodules suspects
E présence d'une ascite
F voies de dérivation porto-systémiques

QCM 95

Quel est le rythme du dépistage du carcinome hépatocellulaire chez les malades atteints de cirrhose ?

A tous les 3 mois
B tous les 6 mois
C tous les 12 mois
D tous les 2 ans
E pas de rythme fixe, à chaque épisode de décompensation

QCM 96

Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont exactes concernant la prophylaxie de la rupture de varices œsophagiennes chez le cirrhotique ?

A un traitement par β-bloquants est nécessaire en présence de varices œsophagiennes quel qu'en soit le grade
B un traitement par β-bloquants n'est nécessaire qu'en présence de varices œsophagiennes de grade supérieur ou égal à 2
C la prophylaxie secondaire repose sur l'association β-bloquants + ligature
D la tolérance des β-bloquants s'évalue essentiellement sur la fréquence cardiaque et la tension artérielle
E en cas de ruptures de varices œsophagiennes répétées malgré un traitement optimal, la mise en place d'un TIPS peut être proposée

QCM 97

Parmi les propositions suivantes, lesquels sont des critères du syndrome dysmétabolique chez un homme ?

A tour de taille $\geq$ 102 cm
B pression artérielle < 130/85 mmHg sous traitement par antihypertenseur
C glycémie à jeun $\geq$ 1,10 g/L
D triglycéridémie à jeun $\geq$ 1 g/L
E hDLc < 0,4 g/L

QCM 98

Parmi les propositions suivantes, concernant le diagnostic d'hémochromatose génétique, laquelle(lesquelles) est(sont) exacte(s) ?

A doit être évoqué devant une élévation de la saturation de la transferrine
B est exclu en l'absence d'élévation de la ferritinémie
C l'hyperferritinémie est synonyme de surcharge en fer
D est une maladie en rapport avec une mutation hétérozygote du gène *HFE*
E une enquête familiale doit être réalisée, car il s'agit d'une maladie autosomale dominante

QCM 99

Concernant l'hémochromatose génétique quelles sont les propositions exactes :

A la surcharge hépatique en fer se quantifie par scanner
B la surcharge hépatique en fer se quantifie par IRM hépatique
C le stade II est asymptomatique
D le traitement déplétif par saignées est nécessaire à partir du stade II
E l'objectif du traitement est l'obtention d'une ferritinémie inférieure ou égale à 50 ng/mL

QCM 100

Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont des complications extra-hépatiques possibles de l'hémochromatose ?

A hémolyse
B ostéoporose
C chondrocalcinose
D diabète
E myocardiopathie
F dysfonction érectile

QCM 101

Quel est l'examen le plus contributif en première intention dans le bilan initial d'une lésion hépatique tissulaire d'allure bénigne découverte à l'échographie ?

A scanner
B IRM
C échographie de contraste
D tomographie à émission de positons (TEP) ^{18}FDG
E biopsie de la lésion
F écho-endoscopie digestive haute

QCM 102

Devant des signes cliniques et biologiques d'hépatite aiguë, il faut chercher (une ou plusieurs propositions exactes) :

A une hémochromatose génétique
B une maladie de Wilson
C une hépatite virale A
D une toxicité médicamenteuse
E une hépatite auto-immune
F une hépatite virale E

QCM 103

L'élévation isolée de la gamma-GT (une ou plusieurs propositions exactes) :

A peut être due à une consommation excessive d'alcool
B peut être due à la prise de médicaments inducteurs enzymatiques
C signe une cytolyse hépatique
D peut être due à une stéatose hépatique
E est un signe de gravité de l'hépatopathie

QCM 104

L'apparition de perturbations du bilan hépatique après introduction d'un médicament (une ou plusieurs propositions exactes) :

A doit faire systématiquement discuter l'arrêt du médicament en cause
B peut être d'origine toxique ou immuno-allergique
C peut être le premier signe d'évolution vers une hépatite grave
D peut évoluer vers une hépatopathie chronique
E doit toujours être confirmée par un test de réintroduction du médicament suspecté

QCM 105

Parmi les affections suivantes, lesquelles doivent être cherchées en cas d'élévation des transaminases chez une femme enceinte ?

A migration lithiasique
B hépatite virale
C cholestase gravidique
D pré-éclampsie avec ou sans *HELLP syndrome*
E stéatose aiguë gravidique
F prise médicamenteuse
G cholécystite aiguë

QCM 106

Parmi les marqueurs suivants, lequel doit être utilisé pour apprécier la gravité d'une hépatite aiguë ?

A taux de prothrombine ou facteur V
B bilirubinémie
C ALAT
D albumine
E gamma-GT
F CRP
G plaquettes

QCM 107

Concernant les affections auto-immunes du foie, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

A les anticorps antimitochondries sont associées à la cirrhose biliaire primitive
B les anticorps antimuscles lisses et anti-LKM1 sont associés à l'hépatite auto-immune
C les ANCA sont des marqueurs très sensibles pour la cholangite sclérosante primitive
D la cirrhose biliaire primitive est fréquemment associée à une rectocolite hémorragique
E leur traitement repose toujours sur les corticoïdes

QCM 108

La découverte d'une thrombose portale doit faire chercher (une ou plusieurs propositions exactes) :

A une cirrhose
B un syndrome myéloprolifératif
C un cancer digestif
D un foyer infectieux intra-abdominal
E une cardiopathie

QCM 109

Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont des causes d'iléite ?

A prise d'AINS
B maladie de Crohn
C tuberculose intestinale
D RCH
E yersiniose

QCM 110

Quelles sont les propositions exactes concernant la constipation fonctionnelle ?

A elle peut être due à un ralentissement du transit ou à un obstacle fonctionnel terminal
B la coloscopie est indispensable devant toute constipation d'apparition récente
C la coloscopie est indispensable chez tout patient constipé après 50 ans même si la constipation est ancienne
D l'émission de selles liquides élimine formellement le diagnostic de constipation
E les laxatifs osmotiques sont le traitement de première intention

QCM 111

Parmi les pathologies suivantes, lesquelles sont des causes de constipation ?

A sclérose en plaques
B maladie de Parkinson
C hyperthyroïdie
D diabète
E cancer colorectal
F hyperkaliémie
G hypocalcémie

QCM 112

Parmi les médicaments suivants, quels sont ceux qui peuvent provoquer une constipation ?

A lopéramide
B analgésiques opiacés
C anticholinergiques
D antidépresseurs tricycliques
E vincristine
F metformine
G colchicine

QCM 113

Parmi les éléments suivants, lesquels ont une valeur d'alarme chez un patient ayant une constipation chronique ?

A âge > 50 ans
B perte de poids
C rectorragies
D anémie
E apparition récente d'une alternance diarrhée–constipation
F douleurs abdominales chroniques

QCM 114

À propos de la constipation (une ou plusieurs réponses exactes) :

A sa définition exige une fréquence de moins de trois selles hebdomadaires
B le temps de transit colique permet d'éliminer une constipation terminale
C la manométrie ano-rectale peut permettre d'expliquer une constipation terminale
D le traitement de la constipation terminale repose sur le *biofeedback*
E le premier traitement de la constipation terminale est l'administration d'un laxatif osmotique

QCM 115

Parmi les examens suivants, lequel(lesquels) est(sont) à demander en première intention chez un constipé chronique, sans signe d'alarme, consultant pour la première fois ?

A un bilan biologique comportant NFS, créatininémie, calcémie, TSHus et glycémie
B temps de transit oro-fécal
C coloscopie
D manométrie ano-rectale
E il n'est pas justifié d'effectuer d'examens dans cette situation

QCM 116

Parmi les examens suivants, lequel(lesquels) est(sont) à demander en première intention chez un patient présentant une constipation résistante aux traitements ?

A un bilan biologique comportant NFS, créatininémie, calcémie, TSHus et glycémie
B temps de transit oro-fécal
C coloscopie
D manométrie ano-rectale
E il n'est pas justifié d'effectuer d'examens dans cette situation

QCM 117

La dyschésie peut être secondaire à (une ou plusieurs réponses exactes) :
A un dysfonctionnement des sphincters anaux
B des troubles de la statique pelvienne
C des médicaments
D un fécalome
E un syndrome dépressif

QCM 118

Quelles sont les propositions exactes concernant le syndrome de l'intestin irritable ?
A la douleur abdominale est calmée par l'émission de selles
B les troubles du transit sont toujours à type de diarrhée
C le mécanisme de la diarrhée est exsudatif
D la coloscopie est indispensable chez tous les malades avant de retenir le diagnostic
E les antispasmodiques sont proposés comme traitement de première intention

QCM 119

Quelles sont les propositions exactes concernant la physiopathologie du syndrome de l'intestin irritable ?
A les symptômes peuvent être dus à une hypersensibilité viscérale
B les troubles de la motricité digestive sont exclusivement grêliques
C les troubles moteurs sont favorisés par le stress
D certaines infections digestives ont été rapportées comme impliquées dans sa physiopathologie
E elle peut être considérée comme une forme atténuée de maladie inflammatoire chronique intestinale

QCM 120

Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont des arguments nécessaires pour le diagnostic de syndrome de l'intestin irritable ?
A existence de troubles digestifs chroniques (≥ 3 mois)
B absence d'altération de l'état général (en particulier absence d'amaigrissement)
C douleurs abdominales déclenchées par l'émission de selles
D normalité de l'examen clinique
E présence des critères de Rome III

QCM 121

Parmi les propositions suivantes concernant la diverticulose colique, quelle est la réponse fausse ?
A siège plus souvent sur le côlon droit que sur le côlon gauche
B est le plus souvent asymptomatique
C peut être responsable de péritonite stercorale
D peut être responsable d'une sténose colique
E peut être responsable d'une pneumaturie

QCM 122

Quelle est la proposition exacte concernant la diverticulose colique ?
A elle peut être responsable de symptômes à type de syndrome de l'intestin irritable
B elle est plus fréquente dans les pays où l'alimentation est riche en fibres
C elle est symptomatique chez la majorité des malades
D sa prévalence augmente avec l'âge
E elle favorise la survenue d'un cancer colique

QCM 123

Quelles sont les propositions exactes concernant la diverticulite ?
A elle se traduit habituellement par une diarrhée
B elle peut être favorisée par la prise d'AINS
C elle réalise le plus souvent un tableau « d'appendicite aiguë à gauche »
D son diagnostic repose sur la coloscopie
E son diagnostic repose sur le scanner abdomino-pelvien

QCM 124

Concernant le traitement de la diverticulite non compliquée, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?
A il repose sur les antibiotiques pendant 7 à 10 jours
B il peut être réalisé en ambulatoire
C il doit systématiquement être suivi à distance par une résection chirurgicale en prophylaxie secondaire
D il repose sur les anti-inflammatoires
E comme pour l'appendicite, le traitement est chirurgical en urgence

QCM 125

Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont des complications possibles de la diverticulose sigmoïdienne ?
A hémorragie
B cancer
C sténose
D abcès

E péritonite primaire
F polype colique

QCM 126

Parmi les propositions suivantes concernant les complications de la diverticulite, lesquelles sont exactes ?
A tout abcès doit être drainé radiologiquement
B toute diverticulite compliquée nécessite un traitement chirurgical en urgence
C la durée d'antibiothérapie en cas de péritonite doit être d'au moins 2 semaines
D toute sténose colique dans un contexte de diverticulose doit faire éliminer un cancer
E toute fistule colique dans un contexte de diverticulose doit être opérée

QCM 127

Quelles sont les propositions exactes concernant les hernies inguinales ?
A le diagnostic repose sur l'examen clinique en position allongée
B le risque d'étranglement est plus élevé que dans les hernies crurales
C en raison d'un risque d'étranglement élevé, les hernies inguinales doivent systématiquement être opérées
D les hernies inguinales asymptomatiques ne doivent pas être opérées
E toutes les propositions précédentes sont fausses

QCM 128

Une hernie inguinale étranglée est (une ou plusieurs réponses exactes) ?
A douloureuse
B non impulsive à la toux
C volumineuse
D réductible si de petite taille
E parfois accompagnée de dysurie

QCM 129

La hernie inguinale dans sa forme oblique externe :
A est une affection toujours congénitale
B peut être due chez le garçon à la persistance du canal péritonéo-vaginal
C se caractérise par un sac herniaire passant par l'orifice inguinal profond et longeant le cordon spermatique
D peut avoir une variété scrotale
E passe par le fascia transversalis

QCM 130

Quelle(s) est(sont) la(les) caractéristique(s) échographique(s) d'un calcul vésiculaire non compliqué ?
A hyperéchogénicité endovésiculaire
B cône d'ombre postérieur
C renforcement acoustique postérieur
D mobilité avec la position du malade
E épaississement de la paroi vésiculaire

QCM 131

Parmi les signes suivants notés lors d'une échographie, lesquels sont des signes de cholécystite ?
A contenu vésiculaire hyperéchogène
B douleur lors du passage de la sonde sur la vésicule
C épaississement de la paroi vésiculaire
D dilatation des voies biliaires intra-hépatiques
E vésicule non vue lors de l'examen

QCM 132

Parmi les propositions suivantes concernant les facteurs de risque de la lithiase vésiculaire, lesquelles sont vraies ?
A âge avancé
B sexe masculin
C multiparité
D surpoids
E hémolyse chronique
F traitement par fibrates
G drépanocytose
H traitement par statine

QCM 133

Parmi les techniques d'imagerie suivantes, quelles sont les trois plus sensibles pour le diagnostic de lithiase du cholédoque ?
A échographie hépatique
B scanner abdominal
C bili-IRM
D CPRE
E écho-endoscopie bilio-pancréatique

QCM 134

Quelles sont les complications possibles de la lithiase biliaire ?
A cholangiocarcinome du cholédoque
B pancréatite aiguë
C pancréatite chronique
D cholécystite aiguë
E angiocholite

QCM 135

Parmi les signes suivants, lesquels, devant un tableau de pancréatite aiguë, sont des signes évocateurs de son caractère nécrosant ?
A iléus paralytique
B contracture abdominale généralisée
C hyperleucocytose
D oligurie

E douleur abdominale intense
F élévation de la CRP supérieure à 150 mg/L

QCM 136

Parmi les propositions suivantes, quelles sont celles qui sont des complications potentielles de la pancréatite chronique ?

A diabète
B malabsorption pré-entérocytaire par maldigestion
C pseudo-kyste
D ictère par compression cholédocienne
E adénocarcinome pancréatique

QCM 137

Concernant le diagnostic de pancréatite aiguë, quelles sont les propositions exactes ?

A le diagnostic repose sur l'association douleur épigastrique + lipasémie ≥ 3 N
B l'amylasémie présente un intérêt en cas de doute diagnostique
C il repose sur le scanner abdominal en urgence
D une CRP d'emblée élevée est un facteur pronostique péjoratif
E les pancréatites aiguës nécrosantes peuvent se présenter sous la forme d'un état de choc

QCM 138

Quelles sont les deux principales causes de mortalité au cours de l'évolution d'une pancréatite aiguë grave ?

A perforation d'organes de voisinage
B défaillance multiviscérale à la phase initiale
C infection de nécrose à la phase initiale
D infection de nécrose à la phase secondaire
E acidocétose

QCM 139

Quelles sont les deux principales causes de pancréatite aiguë ?

A tumeur
B lithiase
C hypertriglycéridémie
D hypercalcémie
E alcool
F auto-immune

QCM 140

Parmi les causes suivantes, lesquelles peuvent être responsables de pancréatite chronique ?

A maladie lithiasique biliaire
B hypertriglycéridémie
C éthylisme chronique
D altération génétique
E hypercalcémie

QCM 141

Concernant la maladie hémorroïdaire, quelles sont les propositions exactes ?

A peut s'exprimer par les mêmes symptômes qu'un cancer colorectal
B doit toujours faire réaliser une coloscopie
C les hémorroïdes externes se manifestent principalement par des rectorragies
D le troisième trimestre de grossesse, l'accouchement et le post-partum immédiat sont des facteurs de risque de la survenue de symptômes hémorroïdaires
E les hémorroïdes internes se thrombosent plus fréquemment que les hémorroïdes externes

QCM 142

Concernant le traitement de la maladie hémorroïdaire, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

A le traitement médical repose sur les règles hygiéno-diététiques, la régularisation du transit, les veinotoniques et les topiques locaux
B les traitements instrumentaux et chirurgicaux constituent le traitement de fond le plus efficace de la maladie hémorroïdaire interne (prolapsus, hémorragie)
C en cas de thrombose hémorroïdaire, les AINS sont efficaces, en l'absence de contre-indication
D une thrombose hémorroïdaire externe œdémateuse douloureuse est une indication à l'incision/excision
E les traitements chirurgicaux sont efficaces pour les symptômes liés aux hémorroïdes externes (thrombose, douleur)

QCM 143

Devant des abcès répétés de la marge anale, quelles sont les pathologies à évoquer ?

A maladie de Crohn
B rectocolite hémorragique
C tuberculose anale
D infection à HPV
E pathologie hémorroïdaire
F maladie de Behçet
E infection à HSV

QCM 144

En cas de péritonite appendiculaire, il est classique d'observer :

A une douleur abdominale d'apparition brutale
B une contracture abdominale prédominante en fosse iliaque droite
C une douleur au toucher rectal localisée dans le cul-de-sac de Douglas
D un pneumopéritoine sur l'ASP
E un syndrome septique souvent sévère

QCM 145

Les trois causes les plus fréquentes de péritonite sont :

A l'ulcère perforé
B la cholécystite compliquée
C l'appendicite compliquée
D la diverticulite compliquée
E l'angiocholite compliquée

QCM 146

En cas de péritonite diverticulaire, il existe classiquement :

A une contracture généralisée
B une défense localisée en fosse iliaque gauche
C un toucher rectal douloureux
D des rectorragies
E pas de pneumopéritoine

QCM 147

Quelles sont les propositions exactes concernant la péritonite liée à un ulcère gastrique perforé vue en urgence ?

A une fièvre est habituelle
B le patient décrit une douleur abdominale d'apparition brutale
C il existe une contracture parfois localisée
D il existe un pneumopéritoine
E il faut confirmer le diagnostic par une endoscopie digestive haute

QCM 148

Parmi les éléments suivants, quels sont ceux présents en cas d'appendicite aiguë rétrocæcale ?

A une défense de la fosse iliaque droite
B un psoïtis
C une pollakiurie
D une douleur au toucher rectal
E une hyperleucocytose à PNN

QCM 149

En cas d'appendicite aiguë pelvienne, existent :

A une défense de la fosse iliaque droite et/ou de l'hypogestée
B un psoïtis
C une pollakiurie
D une douleur au toucher rectal
E une hyperleucocytose à PNN

QCM 150

Parmi les propositions suivantes, quelles sont celles qui correspondent aux complications œsophagiennes d'un RGO ?

A ulcérations
B sténose peptique
C hernie hiatale
D endobrachyœsophage
E méga-œsophage idiopathique

QCM 151

Parmi les situations suivantes, quelles sont celles pouvant favoriser la survenue d'un reflux gastro-œsophagien ?

A grossesse
B achalasie
C sclérodermie
D anorexie mentale
E surcharge pondérale
F alcool
G benzodiazépines
H morphiniques

QCM 152

Parmi les examens suivants, quel(s) est(sont) celui(ceux) qui vous permet(permettent) de poser le diagnostic de reflux gastro-œsophagien ?

A manométrie œsophagienne
B transit œsogastroduodénal
C endoscopie œsogastroduodénale
D écho-endoscopie
E pH-métrie œsophagienne

QCM 153

Quelles sont les propositions exactes concernant le reflux gastro-œsophagien ?

A il peut être acide ou non acide
B il est favorisé par des contractions inappropriées du sphincter inférieur de l'œsophage
C il se complique d'œsophagite dans 70 % des cas
D il peut provoquer un endobrachyœsophage qui correspond à une métaplasie intestinale
E il est favorisé par l'infection à *Helicobacter pylori*

QCM 154

Parmi les situations suivantes, lesquelles peuvent être dues à un reflux gastro-œsophagien ?

A céphalées
B sinusite
C décompensation asthmatique
D douleurs pseudo-angineuses
E dorsalgies
F laryngite postérieure
G gingivite à répétition

QCM 155

Parmi les propositions suivantes concernant le traitement du reflux gastro-œsophagien, laquelle(lesquelles) est(sont) exacte(s) ?

A les règles hygiéno-diététiques sont très efficaces et constituent le traitement de première intention
B il repose sur les inhibiteurs de la pompe à protons, à vie

C il nécessite un contrôle endoscopique systématique
D la chirurgie est fréquemment indiquée après avoir écarté un trouble moteur
E aucune des réponses

QCM 156

Parmi les situations cliniques suivantes, lesquelles sont une indication à une endoscopie œsogastroduodénale en première intention ?
A sujet de 33 ans avec symptômes typiques de reflux gastro-œsophagien sans signe d'alarme
B résistance du reflux gastro-œsophagien à un traitement d'épreuve par inhibiteurs de la pompe à protons
C anémie associée
D dyspepsie associée
E dysphagie associée

QCM 157

Parmi les situations suivantes, lesquelles sont une indication à un traitement d'épreuve par inhibiteurs de la pompe à protons ?
A sujet de 38 ans avec symptômes typiques de reflux gastro-œsophagien sans signe d'alarme
B sujet de 48 ans avec symptômes typiques de reflux gastro-œsophagien sans signe d'alarme
C anémie associée
D dyspepsie associée
E dysphagie associée

QCM 158

Quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) concernant la hernie hiatale ?
A une hernie hiatale par glissement est une condition nécessaire et suffisante pour expliquer un reflux gastro-œsophagien
B une hernie hiatale peut causer une anémie ferriprive
C le glissement est la complication de la hernie hiatale par roulement
D dans la hernie hiatale par roulement, le cardia est intrathoracique
E les hernies hiatales relèvent le plus souvent d'un traitement chirurgical

QCM 159

Dans le cadre de la pathologie ulcéreuse gastroduodénale :
A l'infection à *Helicobacter pylori* potentialise l'effet ulcérogène de l'aspirine
B les AINS sont responsables de 50 % des ulcères gastroduodénaux
C l'aspirine à doses anti-agrégantes est potentiellement ulcérogène
D l'aspirine à doses anti-inflammatoires est potentiellement ulcérogène
E les corticoïdes potentialisent l'effet ulcérogène des AINS

QCM 160

Quelles sont les causes d'ulcères duodénaux récidivants et/ou multiples ?
A maladie de Whipple
B maladie de Crohn
C maladie cœliaque
D AINS
E gastrinome
F vascularite

QCM 161

Concernant les ulcères gastroduodénaux, quelle est la proposition exacte ?
A en présence d'un ulcère gastrique, il faut réaliser des biopsies antrales, fundiques et des berges de l'ulcère
B en présence d'un ulcère duodénal, il faut réaliser des biopsies antrales, fundiques et des berges de l'ulcère
C en période hémorragique, les biopsies ont une sensibilité augmentée pour le diagnostic d'infection à *Helicobacter pylori*
D le diagnostic de certitude d'infection à *Helicobacter pylori* ne peut être fait qu'avec une endoscopie œsogastroduodénale et des biopsies
E toutes les réponses sont fausses

QCM 162

Dans le cadre du traitement de la maladie ulcéreuse gastroduodénale, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?
A l'éradication d'*Helicobacter pylori* dispense d'un traitement antisécrétoire au long cours
B l'éradication d'*Helicobacter pylori* peut être suffisante dans le traitement de certaines néoplasies digestives de type lymphome
C l'éradication d'*Helicobacter pylori* peut être suffisante dans le traitement de certaines néoplasies digestives de type adénocarcinome
D en cas d'ulcère duodénal, un traitement d'une semaine est toujours suffisant
E en cas d'ulcère gastrique, le traitement d'éradication d'*Helicobacter pylori* est systématiquement complété par 3 à 7 semaines supplémentaires d'inhibiteur de la pompe à protons

QCM 163

Parmi les molécules suivantes, lesquelles font partie du traitement de première intention pour l'éradication d'*Helicobacter pylori* ?
A amoxicilline
B ofloxacine

C métronidazole
D clarithromycine
E pantoprazole

QCM 164

Parmi les situations suivantes, laquelle(lesquelles) nécessite(nécessitent) l'association d'un inhibiteur de la pompe à protons au traitement par AINS ?

A traitement concomitant par morphinique
B traitement concomitant par warfarine
C antécédent de reflux gastro-œsophagien
D âge supérieur à 65 ans
E durée du traitement AINS prévue d'une semaine

QCM 165

Concernant les gastrites, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

A la gastrite est une entité histologique et non clinique ou endoscopique
B les gastrites à *Helicobacter pylori* représentent la majorité des gastrites dans la population française
C L'infection par *Helicobacter pylori* évoluent vers un adénocarcinome gastrique dans 1 à 2 % des cas
D L'infection par *Helicobacter pylori* évoluent vers un adénocarcinome gastrique dans 10 % des cas
E la gastrite auto-immune entraîne une carence en vitamine B_9, responsable d'une anémie macrocytaire
F les gastrites chroniques actives à *Helicobacter pylori* peuvent évoluer vers un lymphome gastrique

QCM 166

La maladie de Biermer (plusieurs réponses exactes) :

A est souvent associée à un diabète de type 2
B est associée à la présence d'anticorps dirigés contre le facteur intrinsèque et les cellules pariétales gastriques
C survient le plus souvent chez l'homme de moins de 50 ans présentant un terrain d'auto-immunité
D peut être associée à une sclérose combinée de la moelle
E peut se compliquer par l'apparition de tumeurs neuro-endocrines de l'estomac

QCM 167

Concernant la durée totale du traitement par inhibiteurs de la pompe à protons d'un ulcère gastroduodénal lié à *Helicobacter pylori*, quelle(s) est(sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

A ulcère duodénal non compliqué : 1 semaine
B ulcère duodénal compliqué : 4 semaines
C ulcère gastrique non compliqué : 1 semaine
D ulcère gastrique compliqué : 4 semaines
E ulcère gastrique, simple ou compliqué : 4 à 8 semaines

QCM 168

Parmi les situations suivantes d'ulcères liés à *Helicobacter pylori*, laquelle nécessite un contrôle de l'éradication de *Helicobacter pylori* par le seul test respiratoire ?

A ulcère duodénal non compliqué
B ulcère duodénal compliqué
C ulcère gastrique non compliqué
D ulcère gastrique compliqué
E aucun contrôle nécessaire en cas de régression des signes cliniques

QCM 169

Parmi les situations suivantes concernant les ulcères liés à l'infection *Helicobacter pylori*, lesquelles nécessitent un contrôle de l'éradication de *Helicobacter pylori* par endoscopie ?

A ulcère duodénal simple
B ulcère duodénal compliqué
C ulcère gastrique simple
D ulcère gastrique compliqué
E aucun contrôle nécessaire en cas de régression des signes cliniques

QCM 170

Un ulcère de la face postérieure du bulbe duodénal peut se perforer dans les structures anatomiques suivantes (une ou plusieurs réponses exactes) :

A tête du pancréas
B cholédoque
C artère gastroduodénale
D veine cave inférieure
E artère mésentérique supérieure

QCM 171

Concernant les hémorragies digestives, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

A une anémie en rapport avec une hémorragie digestive aiguë est typiquement microcytaire
B une anémie en rapport avec une hémorragie digestive chronique est typiquement microcytaire
C une anémie en rapport avec une hémorragie digestive aiguë est typiquement normocytaire
D une anémie en rapport avec une hémorragie digestive chronique est typiquement macrocytaire
E l'absence d'anémie n'élimine pas une hémorragie digestive chronique significative

QCM 172

Parmi les examens suivants, lesquels sont utiles à l'exploration d'une anémie microcytaire ?

A ferritine
B vitamine B_9

C CRP
D endoscopie œsogastroduodénale
E réticulocytes
F myélogramme

QCM 173

Parmi les causes suivantes, lesquelles peuvent provoquer une anémie microcytaire ?

A fibrome utérin
B polype sigmoïdien
C hypothyroïdie
D gastrite auto-immune
E bêta-thalassémie

QCM 174

Parmi les causes suivantes, lesquelles peuvent provoquer une anémie macrocytaire ?

A myélodysplasie
B hypothyroïdie
C cancer du sigmoïde
D valve cardiaque mécanique
E maladie cœliaque

QCM 175

Quels examens peuvent permettre de rattacher une anémie microcytaire ferriprive à une origine digestive ?

A endoscopie œsogastroduodénale
B transit œsogastroduodénal
C pH-métrie
D vidéocapsule
E iléocoloscopie
F myélogramme

QCM 176

Dans une anémie liée à un saignement digestif chronique, il est classique d'observer (une ou plusieurs réponses exactes) :

A un VGM à 105 fL
B des plaquettes à 160 000/mm^3
C des plaquettes à 560 000/mm^3
D une ferritine à 450 mg/L
E une haptoglobine effondrée

QCM 177

Concernant les diarrhées chroniques, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

A une diarrhée est dite chronique si elle évolue depuis plus de 3 mois
B une diarrhée est dite chronique si elle évolue depuis plus de 1 mois
C la fausse diarrhée du constipé est une cause de diarrhée à chercher systématiquement
D devant toute plainte de diarrhée chronique, il convient d'éliminer une incontinence anale
E la définition d'une diarrhée chronique impose la pesée quotidienne des selles pendant 3 jours

QCM 178

Parmi les propositions suivantes concernant le diagnostic des diarrhées par malabsorption, lesquelles sont vraies ?

A elles s'accompagnent d'un syndrome carentiel
B une stéatorrhée à 7 g/24 h est un signe spécifique d'une diarrhée par malabsorption
C une endoscopie œsogastroduodénale avec biopsies gastriques et duodénales est nécessaire au diagnostic
D la recherche d'IgG anti-transglutaminase et anti-endomysium doit être réalisée
E une élastase fécale augmentée oriente vers une origine pancréatique

QCM 179

Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont responsables d'une diarrhée par malabsorption ?

A pullulation bactérienne chronique du grêle
B syndrome du grêle court
C cholestase chronique
D maladie cœliaque
E insuffisance pancréatique exocrine

QCM 180

Parmi les propositions suivantes concernant les diarrhées motrices, lesquelles sont vraies ?

A la cause la plus fréquente est le syndrome de l'intestin irritable
B elle cède au jeûne ou à la prise de lopéramide
C la présence de résidus alimentaires non digérés est souvent notée par les patients
D un besoin impérieux d'exonération est habituel
E une perte de poids est fréquente

QCM 181

Parmi les maladies suivantes, lesquelles sont responsables d'une diarrhée motrice ?

A hypothyroïdie
B carcinome médullaire de la thyroïde
C hypocalcémie
D maladie cœliaque
E tumeur carcinoïde du grêle

QCM 182

Parmi les propositions suivantes, laquelle(lesquelles) est(sont) exacte(s) concernant les explorations fonctionnelles d'une diarrhée chronique ?

A un trou osmotique fécal augmenté doit faire rechercher une prise cachée de laxatifs
B une diminution de la clairance de l'alpha-1-antitrypsine oriente vers une entéropathie exsudative
C la pullulation microbienne du grêle se recherche par un test respiratoire à l'urée-13C
D le test au rouge carmin permet de documenter une diarrhée exsudative
E la coproculture fait partie du bilan systématique de toute diarrhée chronique

QCM 183

Parmi les examens suivants, lesquels sont utiles à l'exploration d'une diarrhée sécrétoire ?
A cortisolémie
B thyrocalcitonine
C chromogranine A + 5 HIAA urinaires
D peptide vaso-intestinal (VIP)
E PTH

QCM 184

Parmi les propositions suivantes concernant les diarrhées chroniques, lesquelles sont vraies ?
A le gastrinome est responsable d'une diarrhée volumogénique
B la maladie de Crohn peut être responsable d'une diarrhée par malabsorption
C la maladie de Crohn peut être responsable d'une diarrhée exsudative
D la pullulation microbienne du grêle est responsable d'une diarrhée par maldigestion
E l'hypercalcémie peut être responsable d'une diarrhée motrice

QCM 185

Quelles sont les propositions exactes concernant la dysphagie ?
A toute dysphagie impose la réalisation d'une endoscopie œsogastroduodénale
B une dysphagie est dite paradoxale si elle prédomine sur les solides
C une dysphagie intermittente est en faveur d'une cause organique
D le transit œsogastroduodénal fait partie du bilan de première intention devant une dysphagie
E la découverte de troubles moteurs du bas œsophage chez un sujet âgé nécessite de rechercher un trouble moteur secondaire (infiltration pariétale néoplasique)

QCM 186

Quelles sont les deux principales causes de dysphagie organique ?
A cancer œsophagien
B tumeur bénigne de l'œsophage
C œsophagite peptique
D œsophagite à éosinophiles
E diverticule du bas œsophage

QCM 187

Dans l'achalasie, la dysphagie :
A est progressivement croissante pour les solides puis les liquides
B peut être intermittente
C n'est pas constamment associée à une perte de poids
D n'est pas associée à des symptômes de reflux gastro-œsophagien
E n'est jamais douloureuse

QCM 188

Dans le cancer de l'œsophage, la dysphagie :
A est progressivement croissante pour les solides puis les liquides
B est souvent intermittente
C est souvent associée à une perte de poids
D ne s'associe jamais à des symptômes de reflux gastro-œsophagien
E n'est pas douloureuse

QCM 189

Dans la manométrie de l'achalasie, il est classique d'observer :
A une absence de relaxation du sphincter inférieur de l'œsophage
B une relaxation excessive du sphincter inférieur de l'œsophage
C une hypertonie du sphincter inférieur de l'œsophage
D une atonie du corps de l'œsophage
E des spasmes diffus du corps œsophagien

QCM 190

Parmi les causes suivantes d'œsophagite, lesquelles n'entraînent pas une œsophagite sténosante ?
A œsophagite peptique
B radiothérapie
C absorption d'un caustique
D prise d'AINS
E aucune des propositions précédentes

QCM 191

Quelles sont les solutions thérapeutiques possibles dans l'achalasie ?
A la dilatation pneumatique du cardia
B les injections de toxine botulique
C la prescription d'antispasmodiques

D la cardiomyotomie
E la résection chirurgicale du tiers inférieur de l'œsophage

QCM 192

Parmi les propositions suivantes concernant le traitement des vomissements chez l'adulte :
A une réhydratation en milieu hospitalier est parfois nécessaire
B la pose d'une sonde d'aspiration gastrique doit être systématique quelle que soit la cause
C le traitement par anti-émétiques doit être instauré systématiquement quelle que soit la cause du vomissement
D les anti-émétiques usuels comportent le métoclopramide et la métopimazine
E les sétrons et aprépitants sont réservés au traitement des vomissements induits par les opiacés

QCM 193

Des vomissements peuvent se compliquer de (plusieurs réponses possibles) :
A déshydratation extracellulaire
B alcalose respiratoire
C syndrome de Mallory-Weiss
D hypokaliémie
E pneumopathie d'inhalation

QCM 194

Des vomissements matinaux en jet évoquent (plusieurs réponses possibles) :
A un syndrome abdominal aigu
B un signe sympathique de grossesse
C une acidocétose diabétique
D une hypertension intracrânienne
E une occlusion intestinale

QCM 195

Parmi les propositions suivantes concernant l'ictère, quelles sont les causes vraies ?
A une élévation de la bilirubine est synonyme de cholestase
B des urines foncées évoquent un ictère à bilirubine conjuguée
C des selles décolorées évoquent un ictère à bilirubine conjuguée
D le prurit est plus fréquent en cas d'ictère à bilirubine libre
E la bilirubine est toxique pour les noyaux gris centraux

QCM 196

Parmi les éléments suivants, quels sont ceux dont le taux est anormalement élevé en cas d'ictère par hémolyse aiguë ?
A haptoglobine
B bilirubine
C LDH
D réticulocytes
E CPK
F hémoglobine

QCM 197

Concernant la maladie de Gilbert, quelles sont les propositions vraies ?
A elle est liée à un déficit partiel en UGT1A1
B elle est liée à un déficit total en UGT1A1
C elle est présente chez 3 à 10 % de la population française
D elle s'accompagne d'une élévation de la bilirubine conjuguée, favorisée par la fièvre ou le stress
E elle peut être à l'origine de toxicité iatrogène parfois grave, par défaut d'élimination de certains médicaments (dont l'irinotécan)

QCM 198

Quel est l'examen à réaliser en première intention chez un patient ayant un ictère à bilirubine conjuguée ?
A écho-endoscopie bilio-pancréatique
B TDM
C échographie hépatique
D CPRE
E IRM
F test de Coombs

QCM 199

En cas de métastases hépatiques d'origine indéterminée mises en évidence au TDM thoraco-abdomino-pelvien, quel est le premier examen à réaliser ?
A endoscopie œsogastroduodénale
B coloscopie
C marqueurs tumoraux sanguins
D tomographie par émission de positons au ^{18}FDG
E biopsie d'une des lésions hépatiques sous contrôle radiologique

QCM 200

En cas de NEM de type 1, parmi les affections suivantes, lesquelles doivent être recherchées ?
A phéochromocytome
B adénome hypophysaire
C carcinome médullaire de la thyroïde
D hyperparathyroïdie
E tumeur neuro-endocrine du pancréas
F taches café au lait

CHAPITRE
3

Test de concordance de script (TCS)

TCS 1

Une femme de 67 ans est amenée aux urgences pour hématémèse. Dans ses antécédents, vous notez une consommation tabagique à 18 paquets-années, une hypertension artérielle essentielle et une hypercholesterolémie traitée par fénofibrate.

Question 1

Si vous souhaitez réaliser…	Et qu'alors vous apprenez…	L'effet sur la pertinence de votre prescription sera…
1A. Une endoscopie œsogastroduodénale en urgence	Que la malade présente également un méléna	−2 −1 0 + 1 + 2
1B. Une endoscopie œsogastroduodénale en urgence, avant tout autre geste thérapeutique	Que les constantes sont : TA : 85/60 FC : 115 température : 37,8 Et que l'HémoCue® est à 5 g/dL	−2 −1 0 + 1 + 2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :
−2 absolument contre-indiqué
−1 peu utile ou plutôt néfaste
0 sans effet sur l'utilité ou la dangerosité
+1 utile et souhaitable
+2 indispensable

Question 2

Si vous pensez à…	Et qu'alors vous apprenez…	L'effet sur l'hypothèse sera…
2A. Un ulcère gastrique hémorragique	Que la malade prend de l'ibuprofène en automédication pour des lombalgies	−2 −1 0 + 1 + 2
2B. Un ulcère gastrique hémorragique	Que la malade a également une consommation excessive d'alcool depuis 20 ans	−2 −1 0 + 1 + 2
2C. Une rupture de varices œsophagiennes	Que la malade est traitée par oméprazole pour une dyspepsie	−2 −1 0 + 1 + 2
2D. Une rupture de varices œsophagiennes	Que la malade a également une consommation excessive d'alcool depuis 20 ans	−2 −1 0 + 1 + 2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :
−2 l'hypothèse est pratiquement éliminée
−1 l'hypothèse devient moins probable
0 aucun effet sur l'hypothèse
+1 l'hypothèse devient plus probable
+2 il ne peut s'agir que de cette hypothèse

L'hémodynamique de la patiente est stable. Vous réalisez une endoscopie œsogastroduodénale.

Hépato-gastroentérologie

Question 3

Si vous pensez à…	Et qu'alors vous observez lors de l'EOGD…	L'effet sur l'hypothèse sera…
3A. Une rupture de varices œso-phagiennes.	Au niveau de l'œsophage :	−2 −1 0 + 1 + 2
3B. Un ulcère gastrique hémorra-gique.	Au niveau de l'œsophage :	−2 −1 0 + 1 + 2
3C. Un ulcère gastrique hémorra-gique.	Au niveau de l'estomac :	−2 −1 0 + 1 + 2
Entourez la proposition qui vous semble adéquate : −2 l'hypothèse est pratiquement éliminée −1 l'hypothèse devient moins probable 0 aucun effet sur l'hypothèse +1 l'hypothèse devient plus probable +2 il ne peut s'agir que de cette hypothèse		

Vous retenez le diagnostic d'ulcère hémorragique de la petite courbure gastrique, traité avec succès par injection de sérum adrénaliné et pose de clips.

Question 4

Si vous pensez que…	Et qu'alors vous apprenez que…	L'effet sur l'hypothèse sera…
4A. Cet épisode est lié à une infection à *H. pylori*	Une sérologie à *H. pylori* est positive	−2 −1 0 + 1 + 2
4B. Cet épisode est lié à une infection à *H. pylori*	Une sérologie à *H. pylori* est négative	−2 −1 0 + 1 + 2
4C. Cet épisode est lié à une infection à *H. pylori*	Des biopsies réalisées au cours de l'examen sont négatives pour la recherche de *H. pylori*	−2 −1 0 + 1 + 2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :
−2 l'hypothèse est pratiquement éliminée
−1 l'hypothèse devient moins probable
0 aucun effet sur l'hypothèse
+1 l'hypothèse devient plus probable
+2 il ne peut s'agir que de cette hypothèse

TCS 2

Un homme de 35 ans vous est adressé en consultation pour suspicion de maladie inflammatoire chronique intestinale. Il se plaint de douleurs abdominales fluctuantes depuis environ 6 mois, et de troubles du transit à type de diarrhée pouvant aller jusqu'à six selles par jour, avec parfois présence de glaires dans les selles. Il est asthénique et pèse actuellement 66 kg, contre 74 kg il y a 6 mois.

Question 1

Si vous pensez à…	Et qu'alors vous apprenez que…	L'effet sur l'hypothèse sera…
1A. Une maladie de Crohn plutôt qu'une rectocolite hémorragique	Le malade a récemment recommencé à fumer après 10 ans d'abstinence	−2 −1 0 + 1 + 2
1B. Une maladie de Crohn plutôt qu'une rectocolite hémorragique	Le malade rapporte deux épisodes de fissures anales et un épisode d'abcès anal au cours des 2 dernières années	−2 −1 0 + 1 + 2
1C. Une maladie de Crohn plutôt qu'une rectocolite hémorragique.	Le malade présente ce type de lésion au niveau des membres inférieurs :	−2 −1 0 + 1 + 2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :
−2 l'hypothèse est pratiquement éliminée
−1 l'hypothèse devient moins probable
0 aucun effet sur l'hypothèse
+1 l'hypothèse devient plus probable
+2 il ne peut s'agir que de cette hypothèse

Vous réalisez une iléocoloscopie totale avec biopsies.

Question 2

Si vous pensez à…	Et qu'alors vous constatez…	L'effet sur l'hypothèse sera…
2A. Une maladie de Crohn plutôt qu'une rectocolite hémorragique	Une atteinte rectale exclusive	−2 −1 0 + 1 + 2
2B. Une maladie de Crohn plutôt qu'une rectocolite hémorragique	Des intervalles de muqueuse saine	−2 −1 0 + 1 + 2

2C. Une maladie de Crohn plutôt qu'une rectocolite hémorragique.	Cet aspect endoscopique au niveau de la dernière anse grêle :	−2 −1 0 + 1 + 2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :
−2 l'hypothèse est pratiquement éliminée
−1 l'hypothèse devient moins probable
0 aucun effet sur l'hypothèse
+1 l'hypothèse devient plus probable
+2 il ne peut s'agir que de cette hypothèse

Vous vous orientez vers le diagnostic de maladie de Crohn iléocæcale. Vous apprenez que le père du malade a été traité pour une tuberculose pulmonaire. Vous souhaitez éliminer une tuberculose intestinale chez votre malade.

Question 3

Si vous pensez à…	Et qu'alors vous constatez…	L'effet sur l'hypothèse sera…
3A. Une maladie de Crohn plutôt qu'une tuberculose intestinale	Une atteinte iléo-cæcale exclusive	−2 −1 0 + 1 + 2
3B. Une maladie de Crohn plutôt qu'une tuberculose intestinale	Des granulomes épithélioïdes et gigantocellulaires sans nécrose caséeuse sur les biopsies intestinales	−2 −1 0 + 1 + 2
3C. Une tuberculose intestinale plutôt qu'une maladie de Crohn	Des granulomes épithélioïdes et gigantocellulaires avec nécrose caséeuse sur les biopsies intestinales	−2 −1 0 + 1 + 2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :
−2 l'hypothèse est pratiquement éliminée
−1 l'hypothèse devient moins probable
0 aucun effet sur l'hypothèse
+1 l'hypothèse devient plus probable
+2 il ne peut s'agir que de cette hypothèse

TCS 3

Un homme de 56 ans consulte aux urgences pour des douleurs abdominales accompagnées d'une fièvre. Vous notez dans ses antécédents un alcoolisme chronique non sevré. Le malade pèse 112 kg pour 183 cm. Les constantes sont normales en dehors de la température, mesurée à 38,8 °C aux urgences. À l'examen clinique, vous constatez un ictère cutanéomuqueux franc. Le malade décrit des urines plus foncées que d'habitude. La palpation abdominale déclenche une douleur en hypochondre droit, sans défense ni contracture.

Question 1

Si vous pensez à…	Et qu'alors vous apprenez que…	L'effet sur l'hypothèse sera…
1A. Une angiocholite	La fièvre a précédé l'ictère	−2 −1 0 + 1 + 2
1B. Une angiocholite	Il existe un ictère depuis plusieurs semaines	−2 −1 0 + 1 + 2

1C. Une hépatite alcoolique aiguë	Une échographie hépatique réalisée il y a 6 mois montrait un foie d'allure dysmorphique avec ralentissement du flux portal	−2 −1 0 + 1 + 2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :
−2 l'hypothèse est pratiquement éliminée
−1 l'hypothèse devient moins probable
0 aucun effet sur l'hypothèse
+1 l'hypothèse devient plus probable
+2 il ne peut s'agir que de cette hypothèse

Les premiers résultats du bilan biologique sont les suivants :

- Hb : 11,5 g/dL ; VGM : 106 fL ; plaquettes : 76 000/mm^3 ; leucocytes : 12 000/mm^3 ; TP : 36 % ;
- ASAT : 4,2 N, ALAT : 2,8 N, gamma-GT : 12 N, phosphatase alcaline : 5 N, bilirubine totale : 129 µmol/L.

Question 2

Si vous pensez à…	ET qu'alors vous apprenez que…	L'effet sur l'hypothèse sera…
2A. Une insuffisance hépatocellulaire	Le facteur V est mesuré à 71 %	−2 −1 0 + 1 + 2
2B. Une insuffisance hépatocellulaire	Le facteur V est mesuré à 38 %	−2 −1 0 + 1 + 2
2C. Une carence en vitamine K	Le facteur II est mesuré à 42 %	−2 −1 0 + 1 + 2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :
−2 l'hypothèse est pratiquement éliminée
−1 l'hypothèse devient moins probable
0 aucun effet sur l'hypothèse
+1 l'hypothèse devient plus probable
+2 il ne peut s'agir que de cette hypothèse

Vous prescrivez une échographie hépatique en urgence. Celle-ci montre un foie d'allure dysmorphique, ainsi qu'une ascite de faible abondance.

Question 3

Si vous pensez à…	Alors que l'échographie montre…	L'effet sur l'hypothèse sera…
3A. Une angiocholite	Une vésicule alithiasique ainsi que des voies biliaires fines	−2 −1 0 + 1 + 2
3B. Une hépatite alcoolique aiguë		−2 −1 0 + 1 + 2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :
−2 l'hypothèse est pratiquement éliminée
−1 l'hypothèse devient moins probable
0 aucun effet sur l'hypothèse
+1 l'hypothèse devient plus probable
+2 il ne peut s'agir que de cette hypothèse

Le malade est hospitalisé. Les résultats des examens réalisés vous font suspecter une hépatite alcoolique aiguë, ce que confirme une ponction-biopsie hépatique par voie transjugulaire.

Question 4

Si vous souhaitez prescrire…	Et qu'alors vous apprenez que…	L'effet sur la pertinence de votre prescription sera…
4A. Un traitement par corticothérapie	Le score de Maddrey est inférieur à 32	−2 −1 0 + 1 + 2
4B. Un traitement par corticothérapie	Le patient présente des anticorps anti-VHC positifs	−2 −1 0 + 1 + 2
4C. Un traitement par corticothérapie	Le liquide d'ascite présente un taux de PNN s'élevant à 400/mm^3	−2 −1 0 + 1 + 2
Entourez la proposition qui vous semble adéquate : −2 absolument contre-indiqué −1 peu utile ou plutôt néfaste 0 sans effet sur l'utilité ou la dangerosité +1 utile et souhaitable +2 indispensable		

TCS 4

Vous recevez aux urgences un homme de 43 ans, amené par les pompiers pour une douleur abdominale aiguë, survenue brutalement il y a 2 heures. Le malade est prostré en chien de fusil et vous indique que la douleur est épigastrique « en coup de poignard » et d'intensité à 10/10 sur l'échelle visuelle analogique. Les constantes sont les suivantes : PA : 113/87 ; FC : 98 bpm ; température : 37,7 °C ; SpO_2 : 96 %.

Questions 1

Si vous pensez à…	Et qu'alors vous apprenez que…	L'effet sur l'hypothèse sera…
1A. Une pancréatite aiguë	La lipase est à 7 N	−2 −1 0 + 1 + 2
1B. Une pancréatite aiguë	Un scanner abdominal injecté, réalisé en urgence, ne montre pas d'anomalie pancréatique	−2 −1 0 + 1 + 2
1C. Une pancréatite aiguë d'origine alcoolique	Les ALAT sont à 1,7 N et les ASAT à 2,6 N	−2 −1 0 + 1 + 2
1D. Une pancréatite aiguë d'origine biliaire	Une échographie hépatique montre « un foie d'échogénicité normale, des voies biliaires fines sans obstacle, une lithiase vésiculaire »	−2 −1 0 + 1 + 2
Entourez la proposition qui vous semble adéquate : −2 l'hypothèse est pratiquement éliminée −1 l'hypothèse devient moins probable 0 aucun effet sur l'hypothèse +1 l'hypothèse devient plus probable +2 il ne peut s'agir que de cette hypothèse		

Le diagnostic de pancréatite aiguë est retenu. Les explorations n'ont pas montré d'argument pour une origine biliaire.

Question 2

Si vous souhaitez prescrire…	Et qu'alors vous apprenez que…	L'effet sur la pertinence de votre prescription sera…
2A. La reprise de l'alimentation orale	Le scanner réalisé à 48 heures du début de la douleur montre :	−2 −1 0 + 1 + 2

2B. La reprise de l'alimentation orale	Le scanner réalisé à 48 heures du début de la douleur montre une pancréatite Balthazar 2 et le malade n'a plus de douleur depuis 48 heures	−2 −1 0 + 1 + 2
2C. Un traitement par morphinique en raison de douleurs insuffisamment contrôlées par les antalgiques de palier 2	Le patient présente un iléus réflexe avec vomissements	−2 −1 0 + 1 + 2
Entourez la proposition qui vous semble adéquate : −2 absolument contre-indiqué −1 peu utile ou plutôt néfaste 0 sans effet sur l'utilité ou la dangerosité +1 utile et souhaitable +2 indispensable		

Il s'agissait d'une pancréatite aiguë sans critère de gravité. Le malade a été réalimenté par voie orale sans complication. Vous envisagez un retour à domicile.

Question 3

Si vous souhaitez réaliser…	Et qu'alors vous apprenez que…	L'effet sur la pertinence de votre prescription sera…
3A. Une IRM bilio-pancréatique à 1 mois pour éliminer une autre cause	Le malade consomme 120 g/jour d'alcool depuis l'âge de 25 ans et qu'il s'agit du 4e épisode de ce type	−2 −1 0 + 1 + 2
3B. Une IRM bilio-pancréatique à 1 mois pour éliminer une autre cause	Un diabète est apparu récemment dans un contexte d'asthénie et de perte de 6 kg en 3 mois	−2 −1 0 + 1 + 2
Entourez la proposition qui vous semble adéquate : −2 absolument contre-indiqué −1 peu utile ou plutôt néfaste 0 sans effet sur l'utilité ou la dangerosité +1 utile et souhaitable +2 indispensable		

TCS 5

Une femme de 55 ans originaire d'Égypte consulte en raison d'œdèmes des membres inférieurs et d'une distension abdominale, d'apparition progressive depuis 3 semaines. Ses antécédents sont un diabète de type 2 et un polype colique dégénéré (cancer *in situ*) réséqué il y a 5 ans à l'occasion d'une coloscopie de dépistage, non suivi depuis.

Question 1

Si vous pensez à…	Et qu'alors l'examen clinique montre que…	L'effet sur l'hypothèse sera…
1A. Une ascite	Il existe une matité déclive des flancs	−2 −1 0 + 1 + 2
2A. Une ascite	Il existe une matité déclive mais que la malade présente une obésité (ancienne) avec un BMI à 42	−2 −1 0 + 1 + 2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate : −2 l'hypothèse est pratiquement éliminée −1 l'hypothèse devient moins probable 0 aucun effet sur l'hypothèse +1 l'hypothèse devient plus probable +2 il ne peut s'agir que de cette hypothèse

Étant donné la surcharge pondérale de la malade (BMI à 42), vous réalisez une échographie abdominale qui confirme effectivement la présence d'un épanchement liquidien péritonéal.

Question 2

Si vous pensez à…	Et qu'alors vous apprenez que…	L'effet sur l'hypothèse sera…
2A. Une cirrhose	La palpation abdominale ne trouve pas de consistance dure du foie	−2 −1 0 + 1 + 2
2B. Une cirrhose	Il existe six angiomes stellaires sur le territoire cave supérieur, un ictère conjonctival et une érythrose palmaire	−2 −1 0 + 1 + 2
2C. Une cirrhose	À l'analyse du liquide, le taux de protides dans l'ascite est mesuré à 35 g/L	−2 −1 0 + 1 + 2
2D. Une carcinose péritonéale d'origine colorectale	À l'analyse du liquide, le taux de protides dans l'ascite est mesuré à 35 g/L	−2 −1 0 + 1 + 2
Entourez la proposition qui vous semble adéquate : −2 l'hypothèse est pratiquement éliminée −1 l'hypothèse devient moins probable 0 aucun effet sur l'hypothèse +1 l'hypothèse devient plus probable +2 il ne peut s'agir que de cette hypothèse		

Vous posez le diagnostic de première décompensation œdémato-ascitique sur cirrhose d'origine mixte (VHC et NASH), classée B8 selon le score Child-Pugh. Vous instaurez un traitement par spironolactone et propranolol, ce qui permet une amélioration progressive de la malade. À distance de cet épisode, après avoir réalisé une ponction-biopsie hépatique confirmant votre diagnostic, un traitement antiviral est débuté.
La patiente consulte 1 an plus tard aux urgences pour une nouvelle décompensation œdémato-ascitique. À l'examen clinique, l'état général est altéré. Il existe un astérixis. Les constantes sont : PA : 115/75 ; FC : 84 bpm ; température : 37,9 °C.
Les premiers résultats biologiques sont : GB : 15 000/mm^3 ; Hb : 11,5 g/dL ; plaquettes : 84 000/mm^3 ; TP : 45 % ; bilirubinémie : 68 μmol/L ; albuminémie : 26 g/L ; créatininémie : 250 μmol/L ; urémie : 28 mmol/L ; CRP : 125 mg/L.

Question 3

Si vous pensez à…	Et qu'alors vous apprenez que…	L'effet sur l'hypothèse sera…
3A. Une infection de liquide d'ascite	L'examen direct du liquide d'ascite ne met pas en évidence de germe	−2 −1 0 + 1 + 2
3B. Une infection de liquide d'ascite	Le taux de PNN dans le liquide d'ascite est de 450/mm^3	−2 −1 0 + 1 + 2
3C. Un syndrome hépatorénal	Il existe une protéinurie supérieure à 3 g/L	−2 −1 0 + 1 + 2
3D. Un syndrome hépatorénal	48 h plus tard, l'insuffisance rénale s'est aggravée malgré un remplissage vasculaire adapté	−2 −1 0 + 1 + 2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :
−2 l'hypothèse est pratiquement éliminée
−1 l'hypothèse devient moins probable
0 aucun effet sur l'hypothèse
+1 l'hypothèse devient plus probable
+2 il ne peut s'agir que de cette hypothèse

À distance de cette hospitalisation, une échographie-Doppler hépatique est réalisée et met en évidence une lésion intra-hépatique.

Question 4

Si vous pensez à…	Et qu'alors vous constatez que…	L'effet sur l'hypothèse sera…
4A. Un carcinome hépatocellulaire	Le scanner abdominal avec injection de produit de contraste montre au temps artériel :	−2 −1 0 + 1 + 2
4B. Un carcinome hépatocellulaire	Le scanner abdominal avec injection de produit de contraste montre au temps portal (en plus du temps artériel ci-dessus) :	−2 −1 0 + 1 + 2
4C. Un carcinome hépatocellulaire	L'α-fœtoprotéine est inférieure à 200 UI/L	−2 −1 0 + 1 + 2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :
−2 l'hypothèse est pratiquement éliminée
−1 l'hypothèse devient moins probable
0 aucun effet sur l'hypothèse
+1 l'hypothèse devient plus probable
+2 il ne peut s'agir que de cette hypothèse

TCS 6

Un homme âgé de 46 ans consulte pour douleurs de la fosse iliaque gauche associées à une fièvre à 38,8 °C évoluant depuis 36 heures. Il n'existe pas de troubles du transit ni de notion d'hémorragie digestive ou d'amaigrissement récent. La bandelette urinaire ne montre ni nitriturie ni leucocyturie. Vous suspectez une diverticulite sigmoïdienne.

Question 1

Si vous pensez à…	Et qu'alors vous constatez que…	L'effet sur l'hypothèse sera…
1A. Une diverticulite sigmoïdienne compliquée	À l'examen clinique, il existe une défense localisée en fosse iliaque gauche	−2 −1 0 + 1 + 2
1B. Une diverticulite sigmoïdienne compliquée	Le bilan biologique montre des globules blancs à 18 000/mm^3	−2 −1 0 + 1 + 2
1C. Une diverticulite sigmoïdienne compliquée	Le scanner abdomino-pelvien montre :	−2 −1 0 + 1 + 2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :
−2 l'hypothèse est pratiquement éliminée
−1 l'hypothèse devient moins probable
0 aucun effet sur l'hypothèse
+1 l'hypothèse devient plus probable
+2 il ne peut s'agir que de cette hypothèse

Votre diagnostic est confirmé par cet examen qui élimine toute complication. Comment prendre en charge ce malade aux urgences ?

Question 2

Si vous souhaitez prescrire…	Et qu'alors vous apprenez que…	L'effet sur la pertinence de votre prescription sera…
2A. Une hospitalisation	Le malade présente des nausées sans vomissements et une défense sans contracture	−2 −1 0 + 1 + 2
2B. Une antibiothérapie par amoxicilline + acide clavulanique	Il existe une allergie à la pénicilline (œdème de Quincke)	−2 −1 0 + 1 + 2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :
−2 absolument contre-indiqué
−1 peu utile ou plutôt néfaste
0 sans effet sur l'utilité ou la dangerosité
+1 utile et souhaitable
+2 indispensable

Vous gardez le malade en observation. Le lendemain, alors que la douleur avait nettement diminué sous paracétamol, le malade présente brutalement une très vive douleur abdominale.

Question 3

Si vous pensez à…	Et qu'alors vous constatez que…	L'effet sur l'hypothèse sera…
3A. Une péritonite d'origine diverticulaire	Il existe une défense généralisée prédominant en fosse iliaque gauche avec contracture secondaire	−2 −1 0 + 1 + 2
3B. Une péritonite d'origine diverticulaire	L'absence de fièvre	−2 −1 0 + 1 + 2

3C. Une péritonite d'origine diverticulaire	Le scanner abdomino-pelvien montre :	−2 −1 0 + 1 + 2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :
−2 l'hypothèse est pratiquement éliminée
−1 l'hypothèse devient moins probable
0 aucun effet sur l'hypothèse
+1 l'hypothèse devient plus probable
+2 il ne peut s'agir que de cette hypothèse

TCS 7

Vous recevez aux urgences Monsieur Y., 75 ans, pour douleurs abdominales, vomissements et arrêt des matières et des gaz depuis 36 heures. À l'examen, l'abdomen est distendu, et tympanique à la percussion. Les bruits hydroaériques abdominaux sont absents à l'auscultation.

Question 1

Si vous pensez à…	Et qu'alors vous apprenez que…	L'effet sur l'hypothèse sera…
1A. Un syndrome occlusif de niveau colique	Les vomissements ont précédé l'arrêt des matières et des gaz	−2 −1 0 + 1 + 2
1B. Un syndrome occlusif de mécanisme obstructif	La douleur est apparue brutalement	−2 −1 0 + 1 + 2
1C. Un syndrome occlusif de mécanisme obstructif	Le tableau clinique a été d'apparition progressive	−2 −1 0 + 1 + 2
1D. Un syndrome occlusif de mécanisme par strangulation	Les orifices herniaires sont libres et l'abdomen ne présente pas de cicatrice	−2 −1 0 + 1 + 2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :
−2 l'hypothèse est pratiquement éliminée
−1 l'hypothèse devient moins probable
0 aucun effet sur l'hypothèse
+1 l'hypothèse devient plus probable
+2 il ne peut s'agir que de cette hypothèse

Question 2

Si vous souhaitez réaliser…	Et qu'alors vous apprenez que…	L'effet sur la pertinence de votre prescription sera…
2A. Un scanner abdomino-pelvien injecté en urgence, immédiatement et avant tout geste de prise en charge thérapeutique	Le malade présente des vomissements abondants	−2 −1 0 + 1 + 2
2B. Un scanner abdomino-pelvien injecté	La créatininémie est à 180 μmol/L	−2 −1 0 + 1 + 2
2C. Un scanner abdomino-pelvien sans injection	La créatininémie est à 180 μmol/L	−2 −1 0 + 1 + 2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :
−2 absolument contre-indiqué
−1 peu utile ou plutôt néfaste
0 sans effet sur l'utilité ou la dangerosité
+1 utile et souhaitable
+2 indispensable

Question 3

Si vous pensez à…	**Et qu'alors vous observez sur les examens d'imagerie…**	**L'effet sur l'hypothèse sera…**
3A. Une occlusion de niveau grêlique		−2 −1 0 + 1 + 2
3B. Une occlusion de niveau colique		−2 −1 0 + 1 + 2
3C. Une occlusion digestive basse sur volvulus du sigmoïde		−2 −1 0 + 1 + 2
3D. Une occlusion digestive basse sur sténose maligne		−2 −1 0 + 1 + 2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :
−2 l'hypothèse est pratiquement éliminée
−1 l'hypothèse devient moins probable
0 aucun effet sur l'hypothèse
+1 l'hypothèse devient plus probable
+2 il ne peut s'agir que de cette hypothèse

Vous retenez le diagnostic de syndrome occlusif sur sténose d'allure maligne du sigmoïde.

Question 4

Si vous souhaitez réaliser…	Et qu'alors vous apprenez que…	L'effet sur la pertinence de votre prescription sera…
4A. Une colostomie de décharge sans geste de résection colique en urgence	Le malade présente une défense en fosse iliaque droite avec signes de souffrance pariétale sur le scanner	−2 −1 0 + 1 + 2
4B. Une colectomie en urgence sans rétablissement immédiat de la continuité	Le malade présente une défense en fosse iliaque droite avec signes de souffrance pariétale sur le scanner	−2 −1 0 + 1 + 2
4C. Une colostomie de décharge en urgence	Le malade présente des images pulmonaires typiques de métastases sur la radiographie de thorax	−2 −1 0 + 1 + 2
Entourez la proposition qui vous semble adéquate : −2 absolument contre-indiqué −1 peu utile ou plutôt néfaste 0 sans effet sur l'utilité ou la dangerosité +1 utile et souhaitable +2 indispensable		

TCS 8

Vous recevez en consultation Mme V., 34 ans, pour diarrhée évoluant depuis 6 mois accompagnée d'un amaigrissement de 6 kg.

Question 1

Si vous pensez à…	Et qu'alors vous apprenez que…	L'effet sur l'hypothèse sera…
1A. Une diarrhée par malabsorption	La patiente décrit des selles pâteuses collant à la cuvette	−2 −1 0 + 1 + 2
1B. Une diarrhée sécrétoire	La patiente décrit des selles post-prandiales précoces et la présence d'aliments non digérés dans les selles	−2 −1 0 + 1 + 2
1C. Une diarrhée motrice	La patiente a un antécédent d'hypothyroïdie traitée par lévothyroxine et son dernier dosage plasmatique de TSH était à 1,8 mUI/L (normal)	−2 −1 0 + 1 + 2
1D. Une diarrhée par malabsorption	La patiente décrit un syndrome rectal avec parfois rectorragies	−2 −1 0 + 1 + 2
Entourez la proposition qui vous semble adéquate : −2 l'hypothèse est pratiquement éliminée −1 l'hypothèse devient moins probable 0 aucun effet sur l'hypothèse +1 l'hypothèse devient plus probable +2 il ne peut s'agir que de cette hypothèse		

La patiente décrit des selles pâteuses collant à la cuvette, non glairo-sanglantes, avec sensation de ballonnement et parfois quelques douleurs abdominales peu intenses et mal systématisées.
Vous réalisez des explorations complémentaires biologiques.

Question 2

Si vous pensez à…	Et qu'alors vous apprenez que…	L'effet sur l'hypothèse sera…
2A. Un trouble fonctionnel intestinal	Le bilan biologique montre une anémie microcytaire, une hypocalcémie et une hypoalbuminémie	−2 −1 0 + 1 + 2

2B. Une maladie cœliaque	Le bilan biologique est normal (absence de syndrome carentiel)	−2 −1 0 + 1 + 2
2C. Une maladie inflammatoire chronique intestinale	La numération formule sanguine et la protéine C-réactive sont normales	−2 −1 0 + 1 + 2
2D. Une maladie cœliaque	Les IgA anti-transglutaminase sont positifs	−2 −1 0 + 1 + 2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :
−2 l'hypothèse est pratiquement éliminée
−1 l'hypothèse devient moins probable
0 aucun effet sur l'hypothèse
+1 l'hypothèse devient plus probable
+2 il ne peut s'agir que de cette hypothèse

Le bilan biologique met en évidence un syndrome carentiel avec anémie microcytaire, hypocalcémie et hypoalbuminémie.
Vous réalisez des examens endoscopiques.

Question 3

Si vous pensez à…	Et qu'alors vous observez…	L'effet sur l'hypothèse sera…
3A. Une maladie cœliaque	Un aspect endoscopique macroscopiquement normal à l'endoscopie digestive haute	−2 −1 0 + 1 + 2
3B. Une MICI	Un aspect endoscopique normal à la coloscopie	−2 −1 0 + 1 + 2
3C. Une MICI.	Cet aspect au niveau du duodénum à l'endoscopie digestive haute :	−2 −1 0 + 1 + 2
3D. Une maladie cœliaque.	Cet aspect sur les biopsies duodénales :	−2 −1 0 + 1 + 2
3E. Une maladie cœliaque.	Cet aspect sur les biopsies duodénales :	−2 −1 0 + 1 + 2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :
−2 l'hypothèse est pratiquement éliminée
−1 l'hypothèse devient moins probable
0 aucun effet sur l'hypothèse
+1 l'hypothèse devient plus probable
+2 il ne peut s'agir que de cette hypothèse

Vous retenez le diagnostic de maladie cœliaque et prescrivez un régime sans gluten. Celui-ci est initialement bien suivi, et entraîne une régression complète de la diarrhée et des signes cliniques et biologiques de carence. Un contrôle endoscopique et biopsique du duodénum réalisé un an plus tard atteste d'une quasi-normalisation de la muqueuse duodénale.
Trois ans plus tard, la malade revient en consultation. Elle a interrompu le régime sans gluten il y a 2 ans, car elle se sentait « guérie ». Elle se plaint de douleurs abdominales. On note un amaigrissement de 5 kg.

Question 4

Si vous pensez à…	Et qu'alors vous apprenez que…	L'effet sur l'hypothèse sera…
4A. Une récidive de la maladie cœliaque sans complications	Ces douleurs s'accompagnent d'un météorisme abdominal, de borborygmes et d'un arrêt des gaz et cèdent spontanément après 20 à 30 minutes, avec une débâcle gazeuse	−2 −1 0 + 1 + 2
4B. Une complication à type de sprue réfractaire	L'entéroscanner montre une image de sténose au niveau du jéjunum	−2 −1 0 + 1 + 2
4C. Un lymphome du grêle.	L'entéroscopie montre cet aspect :	−2 −1 0 + 1 + 2
4D. Un adénocarcinome du grêle.	L'examen histologique des biopsies montre cet aspect (immunomarquage CD3+) :	−2 −1 0 + 1 + 2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :
−2 l'hypothèse est pratiquement éliminée
−1 l'hypothèse devient moins probable
0 aucun effet sur l'hypothèse
+1 l'hypothèse devient plus probable
+2 il ne peut s'agir que de cette hypothèse

TCS 9

Mademoiselle O., 28 ans, consulte pour ictère. On note un syndrome pseudo-grippal (fièvre, asthénie, myalgies et arthralgies diffuses) une semaine auparavant. L'examen clinique est normal en dehors de l'ictère.

Question 1

Si vous pensez à…	Et qu'alors vous apprenez que…	L'effet sur l'hypothèse sera…
9A. Une cause obstructive	L'échographie hépatique ne montre ni lithiase ni dilatation des voies biliaires	−2 −1 0 + 1 + 2
9B. Une hépatite virale A	L'interrogatoire trouve la notion de vacances au Sénégal il y a 2 mois	−2 −1 0 + 1 + 2
9C. Une hépatite virale B	La patiente a eu des rapports sexuels non protégés	−2 −1 0 + 1 + 2
9D. Une hépatite virale C	La patiente n'est pas usager de drogue intraveineuse	−2 −1 0 + 1 + 2
9E. Une hépatite virale B	La patiente a reçu une vaccination complète contre l'hépatite B à l'âge de 15 ans sans rappel ultérieur	−2 −1 0 + 1 + 2
Entourez la proposition qui vous semble adéquate : −2 l'hypothèse est pratiquement éliminée −1 l'hypothèse devient moins probable 0 aucun effet sur l'hypothèse +1 l'hypothèse devient plus probable +2 il ne peut s'agir que de cette hypothèse		

La patiente n'a jamais été vaccinée contre les hépatites virales A et B. L'échographie hépatique est normale. Vous suspectez une hépatite aiguë virale. Les SGOT (ou ASAT) sont à 10 fois la valeur supérieure de la normale (N), et les SGPT (ou ALAT) à 15 N.

Question 2

Si vous pensez à…	Et qu'alors les sérologies montrent…	L'effet sur l'hypothèse sera…
2A. Une hépatite aiguë virale A	IgM VHA−, IgG VHA+	−2 −1 0 + 1 + 2
2B. Une hépatite aiguë virale BM	Ac anti-HBs+, IgM anti-HBc−, Ag HBs−	−2 −1 0 + 1 + 2
2C. Une hépatite aiguë virale C	Ac anti-VHC−, ARN-VHC−	−2 −1 0 + 1 + 2
2D. Une hépatite aiguë virale	Ac anti-HBs−, IgM anti-HBc+, Ag HBs+	−2 −1 0 + 1 + 2
Entourez la proposition qui vous semble adéquate : −2 l'hypothèse est pratiquement éliminée −1 l'hypothèse devient moins probable 0 aucun effet sur l'hypothèse +1 l'hypothèse devient plus probable +2 il ne peut s'agir que de cette hypothèse		

Vous diagnostiquez effectivement une hépatite aiguë virale B sans signe de gravité. La patiente est perdue de vue et vous ne la revoyez que plusieurs années plus tard. Une sérologie de contrôle montre qu'il existe à présent une hépatite B chronique.

Question 3

Si vous souhaitez prescrire…	Et qu'alors vous apprenez que…	L'effet sur la pertinence de votre prescription sera…
3A. Un traitement antiviral spécifique	Les transaminases sont élevées à 4 fois la normale	−2 −1 0 + 1 + 2
3B. Un traitement antiviral spécifique	Le score METAVIR évalué par la biopsie hépatique est A2F3	−2 −1 0 + 1 + 2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate : −2 absolument contre-indiqué −1 peu utile ou plutôt néfaste 0 sans effet sur l'utilité ou la dangerosité +1 utile et souhaitable +2 indispensable

TCS 10

Vous êtes sollicité pour avis sur la prise en charge nutritionnelle de M. R., 74 ans, chez lequel a été diagnostiqué récemment un cancer gastrique.

Question 1

Si vous pensez à…	Et qu'alors vous apprenez que…	L'effet sur l'hypothèse sera…
1A. Une dénutrition sévère	Il pèse actuellement 79 kg contre 90 kg il y a 6 mois	−2 −1 0 + 1 + 2
1B. Une dénutrition modérée	Son IMC est à 20 kg/m^2	−2 −1 0 + 1 + 2
1C. Un état nutritionnel normal	L'albuminémie est à 36 g/L	−2 −1 0 + 1 + 2
Entourez la proposition qui vous semble adéquate : −2 l'hypothèse est pratiquement éliminée −1 l'hypothèse devient moins probable 0 aucun effet sur l'hypothèse +1 l'hypothèse devient plus probable +2 il ne peut s'agir que de cette hypothèse		

Question 2

Si vous souhaitez réaliser…	Et qu'alors vous apprenez que…	L'effet sur la pertinence de votre prescription sera…
2A. Une prise en charge par compléments nutritionnels oraux exclusivement	Les données cliniques et les examens biologiques montrent que M. R. a une dénutrition sévère	−2 −1 0 + 1 + 2
2B. Une nutrition entérale	Il existe une carcinose péritonéale avec syndrome pré-occlusif	−2 −1 0 + 1 + 2
2C. Une nutrition parentérale	Le tube digestif est fonctionnel	−2 −1 0 + 1 + 2
Entourez la proposition qui vous semble adéquate : −2 absolument contre-indiqué −1 peu utile ou plutôt néfaste 0 sans effet sur l'utilité ou la dangerosité +1 utile et souhaitable +2 indispensable		

Question 3

Si vous souhaitez réaliser…	Et qu'alors vous apprenez que…	L'effet sur la pertinence de votre prescription sera…
3A. Une nutrition apportant 30 kcal/kg/j d'emblée	M. R. a une dénutrition modérée	−2 −1 0 + 1 + 2
3B. Une nutrition apportant 35 kcal/kg/j d'emblée	M. R. a une dénutrition sévère	−2 −1 0 + 1 + 2
Entourez la proposition qui vous semble adéquate : −2 absolument contre-indiqué −1 peu utile ou plutôt néfaste 0 sans effet sur l'utilité ou la dangerosité +1 utile et souhaitable +2 indispensable		



This page intentionally left blank



Corrigés

This page intentionally left blank

CHAPITRE

4

Cas cliniques corrigés

QCM

Cas clinique 1 – QCM

Dépistage du cancer colorectal

Question 1

Réponse : B, D, F

Le cancer colorectal est le premier cancer digestif en incidence. Moins de 5 % des cas s'inscrivent dans des formes familiales (HNPCC/Lynch, polypose).

Question 2

Réponse : B

Un bon test de dépistage doit être réalisé par au moins 50 % de la population pour influencer la mortalité. Il doit surtout être spécifique plutôt que sensible pour ne pas induire un excès d'examens inappropriés.

Question 3

Réponse : E

Les patients concernés par le dépistage sont les sujets à risque moyen asymptomatiques de 50 à 74 ans. Le risque élevé concerne les personnes ayant un antécédent personnel ou familial de polypes ou de cancer, et le risque très élevé, un contexte de susceptibilité génétique (Lynch, polypose). Le concept de risque faible n'existe pas dans le cancer colorectal.

Question 4

Réponse : C

Question 5

Réponse : B

Pour C, ces examens ne sont pas validés dans cette indication.

Question 6

Réponse : B

Question 7

Réponse : A, C, D

Question 8

Réponse : D, E

La réalisation d'une coloscopie « innocente » le côlon pour 5 ans.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	B, D, F	12
2	B	12
3	E	12
4	C	12
5	B	12
6	B	12
7	A, C, D	14
8	D, E	14
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 287 : Épidémiologie, facteurs de risque, prévention et dépistage des cancers
item 288 : Cancer : cancérogenèse, oncogénétique
item 298 : Tumeurs du côlon et du rectum

Références :

ALD n° 30 – Cancer colorectal (HAS, 2012)
Cancer du côlon (Thésaurus national de cancérologie digestive, 2011)
Place des tests immunologiques de recherche de sang occulte dans les selles (iFOBT) dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France (HAS, 2008)

Fiche de synthèse : voir p. 123.

Cas clinique 2 – QCM

Cancer du rectum

Question 1

Réponse : B

Question 2

Réponse : A, B, F

Hépato-gastroentérologie

La régularisation du transit (correction de la constipation ou de la diarrhée) est un objectif majeur du traitement de la pathologie hémorroïdaire. Une incision pour extraction du caillot ne peut être réalisée que si la réaction œdémateuse n'est pas trop prononcée.

Question 3

Réponse : C

Une coloscopie totale est recommandée en présence de rectorragies chroniques ou aiguës abondantes, d'autant plus que le sujet a plus de 50 ans, pour rechercher une tumeur colorectale.

Question 4

Réponse : B

Le cancer de l'anus peut être lié à une infection à HPV et doit faire réaliser une sérologie VIH. Il est de type épidermoïde, à la différence des cancers colorectaux qui sont des adénocarcinomes.

Question 5

Réponse : B, C, E

La réalisation d'une stomie définitive dépend de la distance séparant le bord inférieur de la tumeur du plancher des muscles releveurs de l'anus, conditionnant la faisabilité d'une anastomose colo-anale.

Question 6

Réponse : A, E

Le *biofeedback* peut être utile à la rééducation d'une cervicocystoptose compliquant une chirurgie pelvipérinéale chez la femme. La dysfonction érectile d'origine iatrogène chirurgicale est liée à des lésions neurologiques (bandelettes neurovasculaires) et peut justifier des traitements locaux.

Question 7

Réponse : B, D, F

Un traitement par 5-fluoro-uracile chez un patient ayant une cardiopathie n'est pas contre-indiqué mais doit faire l'objet d'une évaluation cardiologique (notamment coronarienne) préthérapeutique, vu le risque (faible) de spasme coronarien lié au 5-fluoro-uracile. Le traitement adjuvant, lorsqu'il est indiqué, dure 6 mois.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	B	14
2	A, B, F	14
3	C	14
4	B	14
5	B, C, E	16
6	A, E	14
7	B, D, F	14
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 122 : Troubles de l'érection
item 285 : Pathologie hémorroïdaire
item 291 : Traitement des cancers : chirurgie, radiothérapie, traitements médicaux des cancers (chimiothérapie, thérapies ciblées, immunothérapie). La décision thérapeutique pluridisciplinaire et l'information du malade
item 298 : Tumeurs du côlon et du rectum
item 350 : Hémorragie digestive

Références :

ALD n° 30 – Cancer colorectal (HAS, 2012)
Cancer du rectum (Thésaurus national de cancérologie digestive, 2012)

Fiche de synthèse : voir p. 124.

Cas clinique 3 – QCM

Diarrhée aiguë, sujet âgé

Question 1

Réponse : B, C

L'imputabilité de la metformine n'est pas étayée par la chronologie dans le cas présent.

Question 2

Réponse : A, B, C, E

La coproculture est à réaliser en cas de diarrhée avec signes de gravité, ou après voyage récent en zone tropicale ou chez un patient immunodéprimé ou avec syndrome dysentérique ou en cas de suspicion de toxi-infection alimentaire collective. On recherchera *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Yersinia* et *Escherischia coli*. En cas de culture avec recherche de toxines de *Clostridium difficile* : à spécifier car non réalisée dans une coproculture standard. À réaliser en cas d'antibiothérapie récente ou de séjour récent en milieu hospitalier. L'examen parasitologique est à réaliser après un séjour en zone d'endémie à la recherche d'*Entamoeba histolytica* et de *Giardia intestinalis* et chez un sujet immunodéprimé (infection VIH) pour rechercher une cryptosporidiose, une microsporidiose ou isosporose.

Question 3

Réponse : A, B, C

Le terme d'infection liée aux soins a remplacé celui d'infection nosocomiale. Il faut réaliser un isolement de type contact (et géographique si possible).

Question 4

Réponse : A, B, E

Les agents infectieux les plus fréquemment incriminés sont *Staphylocoque aureus*, puis les salmonelles non typhi, *Clostridium perfringens* et *Escherichia coli*.

Question 5
Réponse : B

Question 6
Réponse : B, E
L'infection à *Clostridium difficile* peu à modérément sévère, avec une diarrhée bénigne, régresse rapidement après le simple arrêt de l'antibiothérapie causale. Dans le cas présent, l'antibiothérapie de première intention est justifiée par la présence d'une diarrhée franche et le terrain fragile. La vancomycine *per os* est réservée aux formes sévères. Elle est administrée par voie orale et non intraveineuse en raison de sa mauvaise diffusion au niveau du tube digestif par voie intraveineuse. Elle est non absorbée par le tube digestif.

Question 7
Réponse : A, D
Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (énalapril) sont à risque d'insuffisance rénale fonctionnelle car ils entraînent une vasodilatation de l'artériole efférente du glomérule; les AINS entraînent quant à eux une vasoconstriction de l'artériole afférente, dans les deux cas la conséquence est une diminution de la pression intraglomérulaire. Pour la metformine : le principe actif n'est pas métabolisé et est éliminé par voie rénale. La metformine est contre-indiquée en cas d'insuffisance rénale en raison du risque d'acidose lactique par accumulation du produit.

Question 8
Réponse : B, C, D
Les corticoïdes ne représentent pas un facteur de risque d'infection digestive lorsqu'ils sont administrés par voie inhalée. Les inhibiteurs de la pompe à protons réduisent l'acidité gastrique, moyen de défense important contre la pullulation et les infections microbiennes digestives.

Grille d'évaluation

Nº	Réponses	Points
1	B, C	12
2	A, B, C, E	12
3	A, B, C	12
4	A, B, E	14
5	B	12
6	B, E	12
7	A, D	12
8	B, C, D	12
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 172 : Diarrhées infectieuses de l'adulte et de l'enfant
item 267 : Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant et chez l'adulte
item 283 : Diarrhée aiguë et déshydratation chez le nourrisson, l'enfant et l'adulte
item 343 : Insuffisance rénale aiguë – Anurie

Référence :

Indications des examens de selles chez l'adulte (ANAES, 2003)

Fiche de synthèse : voir p. 125.

Cas clinique 4 – QCM

Maladie de Crohn

Question 1
Réponse : A, B, C, D, F, G
Le scanner thoraco-abdominal (idéalement, l'entéroscanner, ou mieux, l'entéro-IRM) fait partie du bilan diagnostique de la maladie de Crohn iléale, de même que l'iléocoloscopie et l'endoscopie digestive haute. La maladie cœliaque non compliquée n'occasionne pas de telles douleurs abdominales (en dehors d'un lymphome ou d'un adénocarcinome grêlique).

Question 2
Réponse : A, C, D
L'imagerie (entéro-TDM) montre un épaississement très marqué de la paroi du grêle avec prise de contraste évoquant une iléite terminale.

Question 3
Réponse : A, B, C, E
La maladie de Crohn peut atteindre tous les segments digestifs. Les maladies inflammatoires chroniques, telles que la maladie de Crohn, peuvent être associées à des atteintes valvulaires aortiques. Celles-ci sont liées à un infiltrat inflammatoire aspécifique lympho-plasmocytaire évoluant secondairement vers une fibrose, avec épaississement et rétraction des sigmoïdes aortiques.

Question 4
Réponse : B, D
La maladie de Crohn se caractérise classiquement par une atteinte de la muqueuse digestive avec des intervalles de muqueuse saine, parfois transmurale (atteignant toute l'épaisseur de la paroi digestive), avec à l'histologie des abcès cryptiques, une infiltration lymphoïde et des granulomes sans nécrose caséeuse (la présence de caséum au sein des granulomes doit faire évoquer une tuberculose intestinale).

Question 5
Réponse : A, B, C, D

Question 6
Réponse : A, B, E, F, H
Une corticothérapie peut être responsable d'un glaucome chronique à angle ouvert.

Question 7
Réponse : D

Question 8
Réponse : A, B, D, E
L'érythème noueux peut être associé à une maladie de Crohn, ainsi qu'aux infections à streptocoque et à la tuberculose. Les médicaments le plus souvent incriminés sont les œstroprogestatifs et les sulfamides.

Question 9
Réponse : B, D
La spondylarthropathie associée aux maladies inflammatoires chroniques intestinales évolue pour son propre compte lorsqu'elle est axiale (spondylite, sacro-iliite) et doit être évaluée par les scores de BASDAI et BASFI (et non le DAS28, réservé à la polyarthrite rhumatoïde).
La fréquence de l'atteinte rhumatologique au cours des maladies inflammatoires chroniques intestinales est de : 15 à 20 % pour les atteintes articulaires périphériques, 1 à 8 % pour les pelvispondylites rhumatismales et 4 à 18 % pour les sacro-iliites isolées.

Grille d'évaluation

Nº	Réponses	Points
1	A, B, C, D, F, G	12
2	A, C, D	12
3	A, B, C, E	12
4	B, D	12
5	A, B, C, D	10
6	A, B, E, F, H	12
7	D	10
8	A, B, D, E	10
9	B, D	10
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 279 : Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) chez l'adulte et l'enfant
item 326 : Prescription et surveillance des classes de médicaments les plus courantes chez l'adulte et chez l'enfant
item 267 : Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant et chez l'adulte
item 285 : Pathologie hémorroïdaire
item 193 : Spondylarthrite inflammatoire

Référence :

ALD nº 24 – Maladie de Crohn (HAS, 2008)
Fiche de synthèse : voir p. 126.

Cas clinique 5 – QCM
Ulcère gastrique hémorragique

Question 1
Réponse : C, D

Question 2
Réponse : A, B, C
La pratique des biopsies permet à la fois la recherche de l'infection à *Helicobacter pylori* mais surtout, l'élimination d'un cancer (elles doivent être nombreuses). *Helicobacter pylori* colonise la surface de l'épithélium gastrique, préférentiellement de l'antre. La gastrite prédomine dans l'antre, mais elle peut s'étendre au fundus chez les sujets qui développent une atrophie antrale ou, surtout, chez ceux qui prennent un inhibiteur de la pompe à protons (IPP), d'où l'intérêt des biopsies fundiques.

Question 3
Réponse : B, C
Depuis 2012, l'éradication de *Helicobacter pylori* repose sur un traitement séquentiel : les 5 premiers jours, association d'amoxicilline (1 g, 2 fois/j) et d'un IPP double dose en deux prises suivie, les 5 jours suivants, par l'association d'un IPP double dose, de clarithromycine (500 mg, 2 fois/j) et de métronidazole (500 mg, 2 fois/j). Tout ulcère siégeant au niveau de l'estomac, qu'il soit compliqué ou non, doit faire l'objet d'une endoscopie de contrôle pour vérifier sa cicatrisation et refaire des biopsies si la lésion persiste (suspicion de cancer jusqu'à preuve du contraire). Le contrôle de l'éradication de *Helicobacter pylori* sera réalisé au cours de cette endoscopie dans ce cas.

Question 4
Réponse : B, C
L'objectif est une Hb supérieure à 7 g/dL, pas davantage (impact négatif sur la survie des transfusions excessives car entretien le saignement). Les dérivés de la somatostatine sont indiqués dans les hémorragies liées à l'hypertension portale (HTP). En urgence : inhibiteurs de la pompe à protons IV seuls si forte suspicion d'hémorragie ulcéreuse sans contexte d'hépatopathie chronique (comme ici). Si patient cirrhotique, on associe des dérivés de la somatostatine pour « couvrir » une éventuelle cause liée à l'HTP en attendant l'endoscopie.

Question 5
Réponse : A, D, E

Question 6
Réponse : A, C
Classification de Forrest : Ia : saignement en jet (artériel); Ib : saignement actif en nappe ou suintement diffus (veineux); IIa : vaisseau visible non hémorragique; IIb : caillot adhérent; IIc : fond noir, taches pigmentées; III : cratère à fond propre. En cas d'échec : nouveau geste endoscopique et si échec de nouveau, discussion d'un geste d'embolisation ou chirurgical.

Question 7
Réponse : A, B, D, E

Grille d'évaluation

Nº	Réponses	Points
1	C, D	14
2	A, B, C	14
3	B, C	16
4	B, C	14
5	A, D, E	14
6	A, C	14
7	A, B, D, E	14
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 267 : Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant et chez l'adulte
item 350 : Hémorragie digestive
item 269 : Ulcère gastrique et duodénal. Gastrite

Références :

Infection à *Helicobacter Pylori* de l'adulte (SNFGE, 2012)
Les inhibiteurs de la pompe à protons chez l'adulte (HAS, 2009)
Les antisécrétoires gastriques chez l'adulte (AFSSAPS, 2007)
Techniques d'hémostase des ulcères gastriques et duodénaux (SFED, 2004)

Fiche de synthèse : voir p. 127.

Cas clinique 6 – QCM

Cancer de l'œsophage

Question 1

Réponse : A, C, D

Question 2

Réponse : A, B, C

L'albumine et la préalbumine doivent être interprétées en fonction de l'état d'inflammation et la fonction rénale. Chez le sujet âgé (> 70 ans selon la HAS), un indice de masse corporelle inférieur à 21 est synonyme de dénutrition. La demi-vie courte de la préalbumine (48 h, contre 14 j pour l'albumine) en fait un marqueur plus performant, notamment pour évaluer l'efficacité d'une renutrition.

Question 3

Réponse : C

Le carcinome épidermoïde de l'œsophage survient sur le même terrain que les cancers des voies aérodigestives supérieures (terrain alcoolo-tabagique). L'adénocarcinome de l'œsophage se développe, quant à lui, sur endobrachyœsophage, plutôt chez les sujets ayant une surcharge pondérale.

Question 4

Réponse : A, B

Question 5

Réponse : A

Question 6

Réponse : B

Les tumeurs œsophagiennes d'extension locorégionale (T4 et/ou N+) ne sont pas résécables d'emblée et doivent être traitées par radiochimiothérapie.

Question 7

Réponse : A, B, C, D, E

Question 8

Réponse : B, D

L'objectif proposé en A est celui à terme qu'il faudra atteindre progressivement (afin d'éviter le *refeeding syndrome*, si la renutrition est initialement trop importante). La radiothérapie risque d'aggraver transitoirement la dysphagie du fait de l'œdème tumoral qu'elle induit. Il faut en prévenir le malade et si elle est trop sévère, proposer des mesures adaptées (pose de drip, prothèse). Du fait de sa demi-vie de 14 jours environ, le dosage hebdomadaire de l'albumine est inutile, au contraire de celui de la préalbuminémie dont la demi-vie courte permet d'observer une réascension précoce (dès le 5e jour de renutrition efficace). Penser à surveiller les taux sanguins de potassium et de phosphore qui peuvent diminuer profondément au moment de la renutrition.

Grille d'évaluation

Nº	Réponses	Points
1	A, C, D	12
2	A, B, C	14
3	C	12
4	A, B	12
5	A	12
6	B	12
7	A, B, C, D, E	12
8	B, D	14
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 248 : Dénutrition chez l'adulte et l'enfant
item 302 : Tumeurs de l'œsophage
item 291 : Adénopathie superficielle de l'adulte et de l'enfant
item 270 : Dysphagie

Références :

Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée (HAS, 2007)
Évaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés (ANAES, 2003)
ALD nº 30 – Cancer de l'œsophage (HAS, 2011)
Cancer de l'œsophage (Thésaurus national de cancérologie digestive, 2013)

Fiche de synthèse **: voir p. 128.**

Cas clinique 7 – QCM

Adénocarcinome de l'estomac, nutrition

Question 1

Réponse : B, D

Pas de dénutrition car perte de poids < 10 % en 6 mois, indice de masse corporelle > 21 kg/m^2, albuminémie > 30 g/L et préalbuminémie > 0,110 mg/L (avec CRP et fonction rénales normales). Consommation d'alcool = [(7 0,5 L 60 g/L) + (1 L 120 g/L)] 0,8 = 264 g d'alcool pur par jour, soit environ 1850 kCal par jour (1 g = 7 kCal).

Question 2

Réponse : B

Question 3

Réponse : B, E

Question 4

Réponse : A, B, D, E

L'infection à *Helicobacter pylori* est de loin le facteur principal.

Question 5

Réponse : A, E

Vu l'atteinte de la petite courbure, il convient de réaliser une gastrectomie totale. Le support immuno-nutritionnel est indispensable en périopératoire chez tous les patients devant subir une telle intervention car elle réduit la morbi-mortalité liée à l'intervention. Vu l'atteinte superficielle (usT1), un traitement néoadjuvant n'est pas indiqué.

Question 6

Réponse : A, B, D, E

Le *dumping syndrome* précoce est un malaise avec flush provoqué par l'augmentation brutale de l'osmolarité intraduodénale liée au bol alimentaire, 30 minutes environ après le repas, du fait de l'absence de pylore. Le *dumping syndrome* tardif est un malaise hypoglycémique provoqué par une sécrétion insulinique trop importante, 3 à 4 heures après le repas, en réponse à l'augmentation brutale de la charge glycémique. L'anémie est essentiellement liée à une carence en vitamine B_{12} par privation de facteur intrinsèque sécrété par les cellules pariétales de l'estomac. La pullulation microbienne du grêle est liée à une diminution de l'acidité gastrique, favorisant la prolifération bactérienne, et à l'anastomose œsophage jéjunale, un segment d'intestin étant exclu. Le syndrome du petit estomac est une sensation de satiété précoce.

Question 7

Réponse : A, C

Les patients gastrectomisés doivent recevoir une supplémentation en vitamine B_{12} à vie. La survenue d'un adénocarcinome gastrique avant 40 ans justifie une consultation d'oncogénétique (syndrome de Lynch, polypose adénomateuse familiale, syndrome de Peutz-Jeghers, polypose juvénile, mutation CDH1). En dehors de ces syndromes génétiques, la recherche et l'éradication de l'infection à *Helicobacter pylori* chez les apparentés au premier degré sont recommandées en raison du sur-risque représenté par l'antécédent au premier degré et cette infection. La méthode de détection des apparentés asymptomatiques peut être réalisée par test respiratoire ou sérologie.

Question 8

Réponse : D

Il s'agit d'une sclérose combinée de la moelle, polyneuropathie liée à une carence très profonde en vitamine B_{12}, que l'on peut suspecter sur la numération (anémie mégaloblastique).

Grille d'évaluation

Nº	Réponses	Points
1	B, D	12
2	B	12
3	B, E	12
4	A, B, D, E	12
5	A, E	12
6	A, B, D, E	14
7	A, C	14
8	D	12
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 74 : Addiction à l'alcool
item 94 : Neuropathies périphériques
item 139 : Facteurs de risque, prévention et dépistage des cancers
item 267 : Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant et chez l'adulte
item 300 : Tumeurs de l'estomac

Références :

ALD nº 30 – Cancer de l'estomac (HAS, 2011)
Cancer de l'estomac (Thésaurus national de cancérologie digestive, 2011)

Fiche de synthèse : **voir p. 129.**

Cas clinique 8 – QCM

Cancer du pancréas

Question 1

Réponse : A, C
Le premier examen à réaliser devant une cholestase est une échographie hépatique afin de rechercher une dilatation des voies biliaires et éventuellement un obstacle. La masse est probablement la vésicule biliaire distendue.

Question 2

Réponse : C, E

Question 3

Réponse : A

Question 4

Réponse : A, D
La carence en vitamine K est une cause de baisse du TP. En cas de cholestase chronique, la diminution de l'excrétion digestive des sels biliaires entraîne une diminution de l'absorption des vitamines liposolubles, dont la vitamine K. L'autre cause possible est une insuffisance pancréatique exocrine avec maldigestion des graisses et des mêmes vitamines.

Question 5

Réponse : A, B, D, E
Un ictère n'est pas une contre-indication à la résection chirurgicale. Le drainage biliaire préopératoire n'est pas recommandé sauf cas particuliers (angiocholite, bilirubine > 350 µmol/L, prurit invalidant, long délai avant intervention).

Question 6

Réponse : A, C
L'adénocarcinome du pancréas représente près de 90 % des tumeurs pancréatiques ; les tumeurs neuro-endocrines représentent la majorité des lésions restantes.

Question 7

Réponse : A, B, C

Question 8

Réponse : A, E
La micro-angiopathie thrombotique est responsable d'une hémolyse mécanique (anémie, thrombopénie, LDH et bilirubine libre augmentées, haptoglobine effondrée, test de Coombs négatif).

Question 9

Réponse : C
Les cancers en général, et plus particulièrement les adénocarcinomes du pancréas, sont des conditions à haut risque thrombo-emboliques. La pneumopathie infectieuse est toujours à évoquer chez un malade immunodéprimé (ici par le cancer et la chimiothérapie), mais moins probable en l'absence de fièvre et d'anomalie auscultatoire.

Grille d'évaluation

Nº	Réponses	Points
1	A, C	10
2	C, E	10
3	A	10
4	A, D	12
5	A, B, D, E	12
6	A, C	12
7	A, B, C	12
8	A, E	12
9	C	10
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 305 : Tumeurs du pancréas
item 275 : Ictère
item 212 : Syndrome hémorragique d'origine hématologique

Références :

ALD nº 30 – Cancer du pancréas (HAS, 2011)
Cancer du pancréas (Thésaurus national de cancérologie digestive, 2011)

Fiche de synthèse : voir p. 130.

Cas clinique 9 – QCM

Ascite

Question 1

Réponse : B, D, E

Question 2

Réponse : A, B, C, D, E
Les angiomes stellaires sont liés à l'insuffisance hépatocellulaire (détoxification insuffisante en androgènes) et sont à chercher dans le territoire cave supérieur. L'hippocratisme digital peut être également observé dans les affections pulmonaires chroniques. La rosacée est liée à l'éthylisme chronique, indépendamment de la présence d'une cirrhose. Le *flapping tremor* ou astérixis lié à l'insuffisance hépatocellulaire est typiquement d'attitude et non d'action.

Question 3

Réponse : A, B, C, D, E
Toxique = alcool et médicaments (AINS, paracétamol…).

Question 4

Réponse : B, E
Les indications d'une antibioprophylaxie sont essentiellement l'hémorragie digestive et l'antécédent

d'infection du liquide d'ascite, ou l'ascite pauvre en protides (< 10 g/L) (indication discutée).

Question 5

Réponse : A, E

Le diagnostic d'infection du liquide d'ascite est posé en présence d'un nombre de PNN supérieur à 250/mm^3 dans le liquide d'ascite. L'identification de germes y est peu fréquente.

Question 6

Réponse : C, D, E

L'antibiothérapie curative de première intention dans le traitement de l'infection du liquide d'ascite est typiquement une C3G seule, l'association amoxicilline/acide clavulanique ou une fluoroquinolone. Les aminosides, du fait de leur hépatotoxicité et néphrotoxicité, ne doivent pas être administrés. Le traitement est efficace si le nombre de PNN après 48 h a diminué d'au moins 50 %.

Question 7

Réponse : A, D, E, F

B, C et G sont des conséquences possibles de la cirrhose, pas de l'ascite.

Question 8

Réponse : A, B, D, F

Grille d'évaluation

Nº	Réponses	Points
1	B, D, E	12
2	A, B, C, D, E	14
3	A, B, C, D, E	14
4	B, E	12
5	A, E	12
6	C, D, E	12
7	A, D, E, F	12
8	A, B, D, F	12
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 276 : Cirrhose et complications
item 277 : Ascite

Références :

Critères diagnostiques et bilan initial de la cirrhose non compliquée (HAS, 2008)
Surveillance des malades atteints de cirrhose non compliquée et prévention primaire des complications (HAS, 2007)
ALD nº 6 – Cirrhose (HAS, 2006)

Fiche de synthèse : **voir p. 131.**

Cas clinique 10 – QCM

Rupture des varices œsophagiennes (RVO), virus de l'hépatite B (VHB)

Question 1

Réponse : A, D

Fréquence des hématémèses : ulcère gastrique ou duodénal 30–60 %, liés à l'hypertension portale (rupture de varices œsophagiennes et gastropathie) 5–20 %, œsophagite 2–10 %, cancers < 5 %, Mallory-Weiss < 3 %.

Question 2

Réponse : A

L'objectif est une Hb supérieure à 7 g/dL. L'élément le plus urgent de la prise en charge est la stabilisation hémodynamique, sans laquelle une endoscopie n'est pas envisageable.

Question 3

Réponse : D

Question 4

Réponse : B, C, D

Question 5

Réponse : A, B, C, D

En présence de ces facteurs, le traitement recommandé est l'interféron pégylé 2-alpha pendant 1 an. À l'inverse, en leur absence, le traitement recommandé est un analogue nucléosidique de deuxième génération au très long cours (entécavir, ténofovir).

Question 6

Réponse : A, B, C, D

Question 7

Réponse : A, B, C, E

Question 8

Réponse : A, C

La vaccination anti-VHB est obligatoire pour le personnel de santé. Il faut néanmoins vérifier le taux d'anticorps anti-HBs de l'infirmière qui, s'il n'est pas assez élevé, ne serait pas protecteur (+ anticorps anti-HBc et antigène HBs). Si ce taux est inférieur à 10 UI/L, il faudra traiter l'infirmière par sérovaccination (immunoglobulines humaines anti-VHB et rappel du vaccin sur un site d'injection différent).

Grille d'évaluation

Nº	Réponses	Points
1	A, D	12
2	A	12
3	D	12
4	B, C, D	12
5	A, B, C, D	14
6	A, B, C, D	14
7	A, B, C, E	12
8	A, C	12
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 163 : Hépatites virales
item 328 : État de choc. Principales étiologies : hypovolémique, septique, cardiogénique, anaphylactique
item 362 : Exposition accidentelle aux liquides biologiques : conduite à tenir
item 350 : Hémorragie digestive
item 276 : Cirrhose et complications

Références :

Critères diagnostiques et bilan initial de la cirrhose non compliquée (HAS, 2008)
Surveillance des malades atteints de cirrhose non compliquée et prévention primaire des complications (HAS, 2007)
ALD nº 6 – Cirrhose (HAS, 2006)
ALD nº 6 – Hépatite chronique B (HAS, 2006)
Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C (HAS, 2011)
Vaccination contre l'hépatite chronique B chez les personnels de santé (JO, 2007)
Prévention et traitement des hémorragies digestives liées à l'HTP chez les malades atteints de cirrhose (SNFGE, 2011)

Fiche de synthèse : voir p. 132.

Cas clinique 11 – QCM

Insulinome

Question 1
Réponse : A, B

Question 2
Réponse : D
Nombreux arguments : arthrite aiguë sans argument en faveur d'une origine infectieuse, hypercalcémie, antécédents, radiographie typique.

Question 3
Réponse : A, D

Question 4
Réponse : C
Arguments : jeune âge, antécédent de colique néphrétique (*a priori* lithiase calcique), chondrocalcinose articulaire, hypercalcémie, hypophosphorémie, pas d'argument pour une autre cause d'hypercalcémie.

Question 5
Réponse : B, D
L'hypoglycémie est le plus souvent rapidement réversible après resucrage en urgence. De ce fait, l'intubation orotrachéale n'est à considérer qu'en cas de persistance des troubles de conscience.

Question 6
Réponse : B, C
Le dosage du peptide C permet de différencier les causes d'hypoglycémie par hyperinsulinisme endogène ou exogène. Les hypoglycémies fonctionnelles n'entraînent pas de coma.

Question 7
Réponse : B, D, E
L'insulinome est une tumeur neuro-endocrine fonctionnelle bien différenciée du pancréas, et donc peu proliférante. Il convient de réaliser une scintigraphie des récepteurs de la somatostatine plutôt qu'un TEP-scan. Néanmoins, elle est très souvent négative pour ce sous-type spécifique de tumeur neuro-endocrine. L'écho-endoscopie est l'examen le plus sensible pour le diagnostic des petits insulinomes.

Question 8
Réponse : D, E
Le phéochromocytome peut s'observer dans le cadre d'une NEM de type 2a ou 2b, de neurofibromatose de type 1 (maladie de Recklinghausen) ou de maladie de Von Hippel Lindau. Les taches « café au lait » sont associées à la neurofibromatose de type 1 ou 2.

Grille d'évaluation

Nº	Réponses	Points
1	A, B	12
2	D	12
3	A, D	12
4	C	12
5	B, D	12
6	B, C	14
7	B, D, E	14
8	D, E	12
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 194 : Arthropathie microcristalline
item 196 : Douleur et épanchement articulaire. Arthrite d'évolution récente
item 238 : Hypoglycémie chez l'adulte et l'enfant
item 266 : Hypercalcémie
item 305 : Tumeurs du pancréas

Référence :

Prise en charge clinique de la NEM1 (FSMAD, 2009)

Fiche de synthèse : voir p. 133.

Cas clinique 12 – QCM

Ictère et virus de l'hépatite B (VHB)

Question 1
Réponse : A, B, C

Question 2
Réponse : B, D, E

Question 3
Réponse : B, C
La polyglobulie est secondaire à une sécrétion paranéoplasique d'EPO, également fréquemment retrouvée dans le cancer du rein. L'hypoglycémie est également un syndrome paranéoplasique observable dans le cadre du CHC.

Question 4
Réponse : B, C, D
Une élévation des transaminases est également retrouvée dans environ 75 % des cas d'hépatite B chronique active. L'antigène HBs est positif en cas d'hépatite B aiguë ou chronique (qu'elle soit active ou non). La présence d'anticorps anti-HBc témoigne de la rencontre du virus B (infection guérie ou non); elle permet d'écarter une vaccination (seul l'anticorps anti-HBs est présent).

Question 5
Réponse : A, B, D, E
La ponction-biopsie hépatique du nodule n'est pas indispensable pour le diagnostic de carcinome hépatocellulaire sur cirrhose en cas d'imagerie typique (scanner et/ou IRM avec injection de produit de contraste : hypervascularisation précoce au temps artériel avec lavage rapide – *wash out* – au temps portal, signe de la vascularisation artérielle hépatique prédominante du carcinome hépatocellulaire).

Question 6
Réponse : A, B, C, E

Question 7
Réponse : D
Aucun traitement antitumoral n'est envisageable en cas de cirrhose de stade Child-Pugh C.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	A, B, C	14
2	B, D, E	14
3	B, C	14
4	B, C, D	14
5	A, B, D,E	14
6	A, B, C, E	16
7	D	14
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 163 : Hépatites virales
item 301 : Tumeurs du foie, primitives et secondaires
item 276 : Cirrhose et complications

Références :

Critères diagnostiques et bilan initial de la cirrhose non compliquée (HAS, 2008)
Surveillance des malades atteints de cirrhose non compliquée et prévention primaire des complications (HAS, 2007)
ALD nº 6 – Cirrhose (HAS, 2006)
Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C (HAS, 2011)
ALD nº 6 – Hépatite chronique B (HAS, 2006)
ALD nº 30 – Cancer primitif du foie (HAS, 2011)
Carcinome hépatocellulaire (Thésaurus national de cancérologie digestive, 2011)

Fiche de synthèse : **voir p. 134.**

Cas clinique 13 – QCM

Cancer colique

Question 1
Réponse : D
cTNM = classification préopératoire d'après la clinique et l'imagerie, pTNM = classification anatomopathologique d'après l'examen de la pièce opératoire. S'il y a moins de 12 ganglions examinés, la tumeur doit être classée Nx.

Question 2
Réponse : C
L'Hemoccult II® n'est indiqué que chez des sujets asymptomatiques (donc sans rectorragie ni méléna), par prélèvement simple de selles. Dans cette observation, le patient qui avait un trouble récent du transit à un âge supérieur à 40 ans n'aurait pas dû avoir un test Hemoccult® en première intention mais une coloscopie.

Question 3
Réponse : A

Question 4
Réponse : C
Le dosage de l'ACE présente un intérêt pour le suivi (si initialement élevé), mais pas pour le diagnostic ni pour le bilan d'extension.

Question 5
Réponse : A, D, F

Question 6
Réponse : A, C, D, E

Question 7
Réponse : B, C

Grille d'évaluation

Nº	Réponses	Points
1	D	14
2	C	14
3	A	14
4	C	14
5	A, D, F	14
6	A, C, D, E	16
7	B, C	14
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 209 : Anémie chez l'adulte et l'enfant
item 280 : Constipation chez l'enfant et l'adulte (avec le traitement)
item 282 : Diarrhée chronique chez l'adulte et l'enfant
item 298 : Tumeurs du côlon et du rectum

Références :

ALD nº 30 – Cancer colorectal (HAS, 2012)
Cancer du côlon (Thésaurus national de cancérologie digestive, 2011)

Fiche de synthèse : voir p. 135.

Cas clinique 14 – QCM

Ictère, cholangite sclérosante primitive, cholangiocarcinome

Question 1
Réponse : F

Question 2
Réponse : B, C
La cholangio-IRM est l'examen de première intention car non invasive. La CPRE est à haut risque d'infection.

Question 3
Réponse : C, E

Question 4
Réponse : A, E
Les IgA et IgG ne sont pas augmentées, mais les IgM le sont dans 40 % des cas.

Question 5
Réponse : A, B
Il existe une association notable entre maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI) et cholangite sclérosante primitive (CSP). À noter que le risque de cancer colorectal est très augmenté en cas de CSP associée à la MICI.

Question 6
Réponse : C, D

Question 7
Réponse : A, C, D, E

Grille d'évaluation

Nº	Réponses	Points
1	F	14
2	B, C	14
3	C, E	14
4	A, E	14
5	A, B	14
6	C, D	14
7	A, C, D, E	16
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 275 : Ictère
item 282 : Diarrhée chronique chez l'adulte et l'enfant

Fiche de synthèse : voir p. 136.

Cas clinique 15 – QCM

Hernie et traumatisme abdominal

Question 1
Réponse : B, D

Question 2
Réponse : A, B, D

Question 3
Réponse : E
Le diagnostic est clinique.

Question 4
Réponse : B, E
Les hernies crurales sont à haut risque d'étranglement et doivent systématiquement être opérées, au contraire des hernies inguinales.

Question 5
Réponse : A, B, C, D

Question 6
Réponse : A, B, E

Question 7
Réponse : A, C
L'exploration locale (non chirurgicale) n'est jamais suffisante. L'exploration se fait le plus souvent par cœlioscopie. L'exploration par laparotomie n'est nécessaire (et en urgence) qu'en cas d'instabilité hémodynamique et/ou de plaie par arme à feu.

Grille d'évaluation

Nº	Réponses	Points
1	B, D	14
2	A, B, D	14
3	E	14
4	B, E	14
5	A, B, C, D	16
6	A, B, E	14
7	A, C	14
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 286 : Hernie pariétale chez l'enfant et l'adulte
item 329 : Prise en charge immédiate pré-hospitalière et à l'arrivée à l'hôpital, évaluation des complications chez un traumatisé abdominal

Référence :

Cure de hernie ou d'éventration postopératoire de la paroi abdominale antérieure, par cœlioscopie (HAS, 2006)

Fiche de synthèse : **voir p. 137**.

QROC

Cas clinique 16 – QROC

Troubles fonctionnels intestinaux (TFI), diverticulite

Question 1

Réponse : prolapsus hémorroïdaire aux efforts de poussée avec réintégration spontanée
Classification des hémorroïdes : 1) congestives non procidentes ; 2) procidence à la poussée et réintégration spontanée ; 3) procidence à la poussée et réintégration nécessitant une réduction digitale ; 4) procidence permanente non réductible.

Question 2

Réponse : pas d'indication au test Hemoccult II® car présence de symptômes. Indication à une coloscopie d'emblée
Le test Hemoccult II® est réservé au dépistage de masse du cancer colorectal chez les sujets à risque moyen et asymptomatiques âgés de 50 à 74 ans.

Question 3

Réponse : TSHus, calcémie, glycémie à jeun, créatininémie
Aucun examen biologique systématique n'est recommandé chez un patient constipé chronique consultant pour la première fois. Leur prescription se fera uniquement sur point d'appel clinique ou persistance malgré un traitement adapté, ou en cas de signe d'alarme. La manométrie ano-rectale et le temps de transit oro-fécal sont des examens de deuxième intention.

Question 4

Réponse : régime sans résidus, préparation colique.
Penser à interrompre un traitement de supplémentation en fer (coloration des selles en noir donc coloscopie ininterprétable). Il n'est pas nécessaire d'interrompre un traitement par aspirine. Un bilan d'hémostase ne sera prescrit qu'en cas de traitement par anticoagulants. Information orale et écrite sur les modalités de l'examen.

Question 5

Réponse : syndrome de l'intestin irritable (trouble fonctionnel intestinal/colopathie fonctionnelle : acceptés)

Question 6

Réponse : antispasmodiques + laxatifs

Question 7

Réponse : diverticulite sigmoïdienne aiguë

Question 8

Réponse : infiltration péricolique, présence de diverticules
La présence de ces signes a une spécificité de 95 % pour le diagnostic de diverticulite sigmoïdienne aiguë non compliquée. Les principales complications à rechercher sont la perforation, l'abcès et la péritonite. Éliminer également les diagnostics différentiels.

Question 9

Réponse : antibiothérapie probabiliste ; antalgiques ; arrêt des AINS
L'antibiothérapie probabiliste sera classiquement une bithérapie de type amoxicilline + acide clavulanique en l'absence d'allergie, ou imidazolé + fluoroquinolone pour une durée totale de 7 à 10 jours. La chirurgie n'est pas à discuter ici (première poussée non compliquée et survenant chez un sujet de plus de 50 ans).

Grille d'évaluation

Nº	Réponses	Points
1	Prolapsus hémorroïdaire (4) aux efforts de poussée (4) avec réintégration spontanée (4)	12
2	Pas d'indication au test Hemoccult II® (4) car présence de symptômes (4). Indication à une coloscopie d'emblée (4)	12
3	TSHus (3), calcémie (3), glycémie à jeun (3), créatininémie (3)	12
4	Régime sans résidus (6), préparation colique (6)	12

5	Syndrome de l'intestin irritable (trouble fonctionnel intestinal/ colopathie fonctionnelle : acceptés) (9)	9
6	Antispasmodiques (6) + laxatifs (6)	12
7	Diverticulite sigmoïdienne (5) aiguë (4)	9
8	Infiltration péricolique (6), présence de diverticules (6)	12
9	Antibiothérapie probabiliste (4) ; antalgiques (3) ; arrêt des AINS (3)	10
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 267 : Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant et chez l'adulte
item 280 : Constipation chez l'enfant et l'adulte (avec le traitement)
item 281 : Colopathie fonctionnelle
item 284 : Diverticulose colique et diverticulite aiguë du sigmoïde
item 285 : Pathologie hémorroïdaire
item 287 : Épidémiologie, facteurs de risque, prévention et dépistage des cancers

Référence :

Complications de la diverticulose colique (HAS, 2006)

Fiche de synthèse : **voir p. 138.**

Cas clinique 17 – QROC

Appendicite aiguë

Question 1

Réponse : grossesse extra-utérine droite, infection tubo-ovarienne aiguë droite (salpingite aiguë), torsion ovarienne droite
Il faut également évoquer l'appendicite aiguë et la pyélonéphrite aiguë.

Question 2

Réponse : date des dernières règles, examen sous spéculum, touchers pelviens, bandelette urinaire
L'examen sous spéculum recherchera essentiellement un écoulement génital (leucorrhée, ménorragie). Les touchers pelviens recherchent une douleur, un épanchement, une masse.

Question 3

Réponse : groupe Rhésus-RAI, -HCG plasmatique, échographie abdomino-pelvienne
Un scanner abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste doit être prescrit si l'échographie n'est pas contributive.

Question 4

Réponse : appendicite aiguë
Image en cocarde en coupe transversale : appendice de diamètre augmenté > 6 mm, paroi appendiculaire épaissie > 2 mm, stercolithe, épanchement péri-appendiculaire. Les autres complications à rechercher sont essentiellement un abcès péri-appendiculaire et une perforation digestive.

Question 5

Réponse : antalgiques, mise à jeun, chirurgie en urgence, antibioprophylaxie peropératoire
L'antibiothérapie est prolongée uniquement en cas de perforation/abcès (3 jours) ou péritonite (5 jours). La chirurgie peut être différée de 6 à 12 h en présence des trois critères suivants : absence de défense, température < 38 °C, GB < 10 000/mm^3 (critères pouvant écarter une appendicite aiguë grave).

Question 6

Réponse : test ELISA et antigénémie p24
Si le test ELISA est positif : confirmation par Western-Blot sur le même prélèvement. Si le Western-Blot est positif : contrôle sur un deuxième prélèvement. Si le Western-Blot est négatif ou douteux : charge virale par PCR.

Question 7

Réponse : confidentiel (anonyme, secret médical), information, consentement, consultation dédiée

Question 8

Réponse : *Escherichia coli*, salmonelles, shigelles, *Campylobacter*, *Yersinia*
Également penser aux autres causes : virus (rotavirus), parasites (amibiase, giardiase) et iatrogène (antirétroviraux).

Question 9

Réponse : parasites – *Cryptosporidium, Microsporidium, Isospora belli* –, virus – CMV, le VIH lui-même
La diarrhée est une manifestation non spécifique de l'infection par le VIH (syndrome « constitutionnel ») la faisant classer stade B si sa durée est supérieure à 1 mois.
Causes de diarrhée chez un malade VIH + selon le taux de CD4 :

- CD4 > 200/mm^3 : mêmes pathogènes que chez l'immunocompétent ;
- CD4 < 100/mm^3 : rechercher en plus cryptosporidiose, microsporidiose, isosporose ;
- CD4 < 50/mm^3 : rechercher en plus infection à CMV.

Grille d'évaluation

Nº	Réponses	Points
1	Grossesse extra-utérine droite (4), infection tubo-ovarienne aiguë droite (salpingite aiguë) (3), torsion ovarienne droite (3)	10

2	Date des dernières règles (3), examen sous spéculum (3), touchers pelviens (3), bandelette urinaire (3)	12
3	Groupe Rhésus-RAI (3) -HCG plasmatique (4), échographie abdomino-pelvienne (3)	10
4	Appendicite aiguë (15)	15
5	Antalgiques (2), mise à jeun (2), chirurgie en urgence (4), antibioprophylaxie peropératoire (2)	10
6	Test ELISA (6) et antigénémie p24 (6)	12
7	Confidentiel (3), information (2), consentement (3), consultation dédiée (3)	11
8	*Escherichia coli*, salmonelles, shigelles, *Campylobacter*, *Yersinia* (10 points si 5 réponses, 6 points si 4 réponses, 2 points si 3 réponses, sinon 0)	10
9	Parasites – *Cryptosporidium* (2), *Microsporidium* (2), *Isospora belli* (2) –, virus – CMV (2), le VIH lui-même (2)	10
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 158 : Infections sexuellement transmissibles (IST) : gonococcies, chlamydioses, syphilis, papillomavirus humain (HPV), trichomonose
item 165 : Infection à VIH
item 267 : Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant et chez l'adulte
item 351 : Appendicite de l'enfant et de l'adulte

Références :

Dépistage de l'infection par le VIH en France : stratégies et dispositif de dépistage (HAS, 2009)
ALD n° 7 – Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (HAS, 2007)
Appendicectomie : Éléments décisionnels pour une indication pertinente – Rapport d'évaluation (HAS, 2012)

Fiche de synthèse : **voir p. 139.**

Cas clinique 18 – QROC

Volvulus occlusion

Question 1

Réponse : douleurs abdominales, arrêt des matières et des gaz, météorisme abdominal, nausées/vomissements
Ces quatre symptômes constituent le « carré de l'occlusion ».

Question 2

Réponse : recherche de cicatrices abdominales, palpation des orifices herniaires, toucher rectal

Question 3

Réponse : siège colique, mécanisme par strangulation
L'arrêt précoce des matières et gaz, les vomissements tardifs et le météorisme important sont en faveur du siège colique. Le début brutal et l'évolution rapide évoquent un mécanisme par strangulation.

Question 4

Réponse : perforation, inhalation bronchique, déshydratation, non-prise de traitements importants
La déshydratation se fait par constitution d'un troisième secteur hydrique lié à l'occlusion digestive.

Question 5

Réponse : bilan préopératoire (NFS, TP, GR-Rh, RAI), ionogramme sanguin, créatininémie, glycémie veineuse, CRP
Il faut prescrire également une radiographie thoracique pour éliminer une pneumopathie d'inhalation.

Question 6

Réponse : dilatation colique. Siège de l'occlusion/obstacle non visualisé. Syndrome occlusif sans signe de complication de siège colique distal
Attention à l'hydratation et la fonction rénale pour le scanner, pose de sonde nasogastrique (pour éviter l'inhalation qui pourrait être favorisée par la position allongée pour le scanner) le temps de récupérer la créatininémie.

Question 7

Réponse : cancer, sténose post-diverticulite, volvulus du sigmoïde

Question 8

Réponse : sonde nasogastrique en aspiration douce, mise à jeun, rééquilibration hydroélectrolytique, antalgiques

Question 9

Réponse : désobstruction par tube de Faucher intrarectal sous contrôle radioscopique ou endoscopique, puis chirurgie prophylactique
La chirurgie consistera en une sigmoïdectomie à distance.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	Douleurs abdominales (2), arrêt des matières et des gaz (2), météorisme abdominal (2), nausées/vomissements (2)	8
2	Recherche de cicatrices abdominales (4), palpation des orifices herniaires (4), toucher rectal (4)	12
3	Siège colique (5), mécanisme par strangulation (5)	10

Nº	Réponses	Points
4	Perforation (3), inhalation bronchique (3), déshydratation (3), non-prise de traitements importants (3)	12
5	Bilan préopératoire (NFS, TP, GR-Rh, RAI) (3), ionogramme sanguin (3), créatininémie (3), glycémie veineuse (3), CRP (3)	15
6	Syndrome occlusif colique (13)	13
7	Cancer (3), sténose post-diverticulite (3), volvulus du sigmoïde (3)	9
8	Sonde nasogastrique en aspiration douce (3), mise à jeun (3), rééquilibration hydroélectrolytique (2), antalgiques (2)	10
9	Désobstruction par tube de Faucher intrarectal (11)	11
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 126 : La personne âgée malade : particularités sémiologiques, psychologiques et thérapeutiques
item 267 : Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant et chez l'adulte
item 349 : Syndrome occlusif

Fiche de synthèse : voir p. 140.

Cas clinique 19 – QROC

Ulcère duodénal, perforation

Question 1

Réponse : péritonite par perforation d'ulcère duodénal ou gastrique

Question 2

Réponse : scanner abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste en urgence (endoscopie = 0)
Les seules indications de l'ASP à l'heure actuelle sont l'ingestion de corps étrangers radio-opaques et l'association à l'échographie pour la colique néphrétique, la surveillance d'une colite aiguë grave (recherche de colectasie ou perforation), ainsi que la constipation en milieu gériatrique ou psychiatrique.

Question 3

Réponse : mise à jeun, pose de sonde gastrique et aspiration, arrêt des AINS, antalgiques par voie IV, IPP par voie IV, chirurgie
Temps chirurgicaux : exploration, prélèvements, suture, lavage.

Question 4

Réponse : infection à *Helicobacter pylori* à chercher par biopsies lors d'une endoscopie œsogastroduodénale ou sérologie. Prise d'AINS, mentionnée à l'interrogatoire

Question 5

Réponse : non
Les indications à la prophylaxie par inhibiteur de la pompe à protons lors de la prise d'AINS sont : l'âge > 65 ans, un antécédent d'ulcère, la prise concomitante d'un traitement anti-agrégant/anticoagulant/corticoïde.

Question 6

Réponse : inhibiteur de la pompe à protons pour une durée de 4 à 8 semaines
La durée du traitement par inhibiteurs de la pompe à protons dépend de la localisation et de la gravité de la maladie ulcéreuse.

Question 7

Réponse : ulcère duodénal compliqué (perforation, hémorragie) ou ulcère gastrique

Question 8

Réponse : syndrome de Zollinger-Ellison (gastrinome).
Diagnostics différentiels : maladie de Crohn duodénale, reprise d'un traitement gastrotoxique
Le syndrome de Zollinger-Ellison (SZE) est lié à une hypersécrétion de gastrine d'origine tumorale liée à un gastrinome, tumeur neuro-endocrine digestive le plus souvent de localisation pancréatique ou duodénale. Toujours penser alors à rechercher une néoplasie endocrinienne multiple de type I surtout si âge jeune et/ou antécédents familiaux d'ulcère, d'hyperthyroïdie ou d'adénome hypophysaire. L'absence d'infection à *H. pylori* en présence d'ulcères duodénaux récidivants doit toujours faire évoquer le diagnostic de SZE.

Grille d'évaluation

Nº	Réponses	Points
1	Péritonite (4) par perforation (4) d'ulcère (4) duodénal ou gastrique	12
2	Scanner abdomino-pelvien (10) (endoscopie = 0)	10
3	Mise à jeun (2), pose de sonde gastrique et aspiration (2), arrêt des AINS (2), antalgiques par voie IV (2), IPP par voie IV (2), chirurgie (2)	12
4	Infection à *Helicobacter pylori* (8). Prise d'AINS (8)	16
5	Non (10)	10
6	Inhibiteur de la pompe à protons (7) pour une durée de 4 à 8 semaines (7)	14
7	Ulcère duodénal compliqué (perforation, hémorragie) (7) ou ulcère gastrique (7)	14
8	Syndrome de Zollinger-Ellison (gastrinome) (12)	12
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 267 : Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant et chez l'adulte
item 269 : Ulcère gastrique et duodénal. Gastrite
item 350 : Hémorragie digestive
item 352 : Péritonite aiguë chez l'enfant et chez l'adulte

Références :

Les inhibiteurs de la pompe à protons chez l'adulte (HAS, 2009)
Les antisécrétoires gastriques chez l'adulte (AFSSAPS, 2007)
Infection à *Helicobacter pylori* de l'adulte (SNFGE, 2012)
Indications de l'ASP (HAS, 2009)

Fiche de synthèse : **voir p. 142**.

Cas clinique 20 – QROC

Achalasie

Question 1

Réponse : tumeur, œsophagite peptique, radique, caustique, à éosinophiles, compression extrinsèque
Causes non sténosantes : œsophagite médicamenteuse, infectieuse, à éosinophiles, trouble moteur (primitif ou secondaire). Les principales causes de compression extrinsèque œsophagienne sont : adénopathie, anévrysme artériel, tumeur goitre plongeant, diverticule œsophagien. Les principales causes d'œsophagite infectieuse sont : candidose, herpès, CMV, HPV, VIH. Les principales causes de trouble moteur secondaire de l'œsophage sont les dysautonomies (diabète, amylose…) et la maladie de Chagas (infection à *Trypanosoma cruzi*).

Question 2

Réponse : amaigrissement, saignement digestif (hématémèse ou méléna), caractère progressif (liquides puis solides), signes compressifs
L'âge > 50 ans et le terrain (alcool, tabac, reflux gastro-œsophagien) sont également à prendre en compte. Rechercher également une adénopathie de Troisier. Les principaux signes compressifs sont : toux, dysphonie, hoquet, dyspnée.

Question 3

Réponse : endoscopie œsogastroduodénale. Celle-ci est réalisée à la recherche d'une sténose ou de lésions d'œsophagite avec biopsies
Ne pas oublier de réaliser un ECG pour éliminer une douleur atypique d'origine cardiaque. Les biopsies portent sur d'éventuelles anomalies macroscopiques ; même si l'aspect macroscopique est normal, réalisation systématique de biopsies œsophagiennes pour chercher une œsophagite à éosinophiles.

Question 4

Réponse : achalasie ou méga-œsophage idiopathique
Par opposition, l'aspect de sténose irrégulière et non centrée évoque une origine cancéreuse.
Transit œsogastrique avec ingestion de baryte. Sténose œsophagienne basse, régulière, avec dilatation de l'œsophage d'amont.

Question 5

Réponse : manométrie œsophagienne
Apéristaltisme du corps de l'œsophage, hypertonie du sphincter inférieur de l'œsophage, avec absence ou défaut de relaxation de ce sphincter.

Question 6

Réponse : scanner thoracique
Afin d'éliminer une compression extrinsèque ou une tumeur infiltrante.
Une tumeur extrinsèque infiltrante (bronchique, thymique, métastase de cancer mammaire) peut être responsable d'une pseudo-achalasie.

Question 7

Réponse : dilatation pneumatique endoscopique ou cardio-myotomie extramuqueuse chirurgicale
Aucun traitement médicamenteux (inhibiteurs calciques, dérivés nitrés) n'a prouvé son efficacité, les injections de toxine botulique ne sont efficaces que transitoirement.

Question 8

Réponse : perforation œsophagienne
Celle-ci est iatrogène secondaire à une dilatation pneumatique du cardia.
Les signes scanographiques de perforation œsophagienne sont classiquement un pneumomédiastin, qui peut être accompagné d'un épanchement pleural.

Question 9

Réponse : plainte administrative et plainte civile
La plainte administrative concerne une faute commise dans le cadre de l'exercice dans un établissement public, la patiente doit établir le dommage causé, la faute du service et le lien de causalité entre les deux pour obtenir une réparation par compensation financière. La plainte civile est déposée devant le tribunal de grande instance pour défaut d'information, c'est au médecin d'apporter la preuve qu'il a informé la patiente, dans le cas contraire il pourra être condamné à une réparation par compensation financière.

Grille d'évaluation

Nº	Réponses	Points
1	Tumeur, œsophagite peptique, radique, caustique, à éosinophiles, compression extrinsèque (4 points par item)	16
2	Amaigrissement (2), saignement digestif (2), caractère progressif (liquides puis solides) (2), signes compressifs (2)	12
3	Endoscopie œsogastroduodénale (10)	10

4	Achalasie ou méga-œsophage idiopathique (12)	12
5	Manométrie œsophagienne (10)	10
6	Scanner thoracique (6) afin d'éliminer une compression extrinsèque (2) ou une tumeur infiltrante (2)	10
7	Dilatation pneumatique endoscopique (5) ou cardio-myotomie extramuqueuse chirurgicale (5)	10
8	Perforation œsophagienne (10)	10
9	Plainte administrative (5) et plainte civile (5)	10
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 12 : Responsabilités médicale, pénale, civile, administrative et disciplinaire
item 270 : Dysphagie

Références :

Manométrie œsophagienne chez l'adulte (SNFGE, 1998)
Dilatation du cardia – achalasie (SFED, 2003)

Fiche de synthèse : voir p. 143.

Cas clinique 21 – QROC

Reflux gastro-œsophagien (RGO), endobrachyœsophage (EBO)

Question 1
Réponse : aucune
Symptomatologie typique, âge < 50 ans, pas de signe d'alarme.

Question 2
Réponse : les mesures associées incluent : réduction pondérale, sevrage alcoolo-tabagique, surélévation de la tête du lit, inhibiteurs de la pompe à protons à demi-dose pendant 4 semaines

Question 3
Réponse : endoscopie œsogastroduodénale à la recherche de signes d'œsophagite

Question 4
Réponse : pH-métrie œsophagienne sur 24 h
RGO pathologique si pH < 4 pendant plus de 4,2 % du temps.

Question 5
Réponse : ascension de la ligne Z avec muqueuse d'allure glandulaire au-dessus de la jonction œsogastrique anatomique

La muqueuse d'allure glandulaire de l'endobrachyœsophage est plus rouge que la muqueuse œsophagienne, et remonte de façon circonférentielle ou en languettes au-dessus de la ligne Z.Au niveau de la jonction œsogastrique, on distingue : la ligne Z (jonction muqueuse glandulaire et malpighienne), le hiatus diaphragmatique (HD) (zone de rétrécissement anatomique au niveau des piliers du diaphragme) et la limite supérieure des plis gastriques verticaux ou passage intragastrique (PIG). Lorsque le cardia est en place : ligne Z au niveau du HD et du PIG. Si hernie hiatale par glissement : ligne Z au niveau du PIG, tous deux ascensionnés au-dessus du HD. Si EBO : ligne Z ascensionnée au-dessus du PIG et du HD, ces deux derniers étant situés au même niveau.

Question 6
Réponse : présence de métaplasie glandulaire au niveau de l'œsophage
L'œsophage normal est recouvert d'une muqueuse malpighienne non kératinisée. Le remplacement de cette muqueuse par une muqueuse glandulaire reproduisant le modèle gastrique (métaplasie gastrique) ou intestinal (métaplasie intestinale) est appelé œsophage de Barrett dans les pays anglophones et endobrachyœsophage (EBO) en France. La définition histologique de la muqueuse de Barrett ne concerne que la métaplasie intestinale, seule lésion à risque de dégénérescence cancéreuse.

Question 7
Réponse : dégénérescence cancéreuse
Séquence métaplasie – dysplasie – carcinome *in situ* – adénocarcinome invasif.
Les patients ayant un endobrachyœsophage ont un risque 30 à 125 fois plus élevé que la population générale de développer un adénocarcinome de l'œsophage.

Question 8
Réponse : inhibiteurs de la pompe à protons à pleine dose au long cours
Surveillance endoscopique avec biopsies étagées multiples.
Concernant le traitement spécifique de l'EBO dégénéré, plusieurs options sont envisageables : mucosectomie, destruction locale ou œsophagectomie.

Grille d'évaluation

Nº	Réponses	Points
1	Aucune (12)	12
2	Inhibiteurs (5) de la pompe à protons à demi-dose (5) pendant 4 semaines (5)	15
3	Endoscopie œsogastroduodénale (5) à la recherche de signes d'œsophagite (2)	10
4	pH-métrie (10) œsophagienne sur 24 h (4).	14

5	Ascension de la ligne Z (4) avec muqueuse d'allure glandulaire (4) au-dessus de la jonction œsogastrique anatomique (4)	12
6	Présence de métaplasie glandulaire (6) au niveau de l'œsophage (6)	12
7	Dégénérescence cancéreuse (15)	15
8	Inhibiteurs de la pompe à protons à pleine dose (10)	10
	Total	100

Pour aller plus loin

Principal item abordé :

item 268 : Reflux gastro-œsophagien chez le nourrisson, chez l'enfant et chez l'adulte. Hernie hiatale

Références :

Prescription des examens complémentaires dans le reflux gastro-œsophagien chez l'adulte en gastroentérologie (HAS, 2005)
Les inhibiteurs de la pompe à protons chez l'adulte (HAS, 2009)
Prise en charge du reflux gastro-œsophagien (SNFGE, 2011)
Diagnostic et surveillance de l'endobrachyœsophage (SFED, 2007)

Fiche de synthèse : **voir p. 144.**

Cas clinique 22 – QROC

Cancer de l'estomac

Question 1

Réponse : linite gastrique
La linite gastrique est une forme peu différenciée d'adénocarcinome de l'estomac (10 %), constitué de cellules indépendantes « en bagues à chaton » (c'est-à-dire dont le noyau est refoulé en périphérie par une volumineuse vacuole de mucus), envahissant de façon diffuse les différentes couches de la paroi gastrique. À l'endoscopie, il existe de gros plis rigides, sans aspect tumoral ulcéré ou bourgeonnant, avec une absence d'insufflation complète de l'estomac. Les biopsies à la pince peuvent être négatives ++ car les cellules tumorales sont dispersées en profondeur dans la fibrose. Il faut savoir les répéter.

Question 2

Réponse : scanner thoraco-abdomino-pelvien injecté, écho-endoscopie digestive haute
L'écho-endoscopie est indispensable pour évaluer l'extension pariétale d'une linite gastrique. En écho-endoscopie, l'aspect de linite est caractéristique : les différentes couches sont conservées (contrairement au cancer ulcériforme classique), mais la troisième hyperéchogène (sous-muqueuse) est considérablement épaissie.

Question 3

Réponse : 1. Temps médical. 2. Temps paramédical. 3. Rencontre avec les équipes de soins de support. 4. Articulation avec le médecin traitant
Le temps médical constitue la « consultation d'annonce ». Le temps paramédical consiste en une reformulation de cette annonce par une infirmière d'orientation et de coordination en oncologie. Soins de support : diététicienne, douleur, nutrition parentérale, psychologue, prothésiste capillaire…

Question 4

Réponse : pancytopénie avec fièvre chimio-induite

Question 5

Réponse : hémocultures sur chambre implantable et périphériques, ECBU, radiographie thoracique, coproculture avec recherche des toxines A et B du *Clostridium difficile*
En urgence, ne doivent pas retarder le début de l'antibiothérapie.

Question 6

Réponse : hospitalisation, isolement protecteur, antibiothérapie intraveineuse probabiliste à spectre large
L'antibiothérapie doit être débutée en urgence dès les prélèvements réalisés, doit être dispensée sur voie périphérique et sera typiquement de type C3G + aminosides. La levée de l'isolement sera possible lorsque les PNN seront > 500/mm^3 et après une durée d'apyrexie d'au moins 48 h, en l'absence d'infection documentée. Les facteurs de croissance (G-CSF) ne doivent pas être prescrits à visée curative.

Question 7

Réponse : penser également aux : anti-émétiques, antidiarrhéiques, bains de bouche, facteurs de croissance (G-CSF)
Les anti-émétiques sont essentiellement les corticoïdes, l'aprépitant, les sétrons et le métoclopramide si besoin. Le lopéramide est l'antidiarrhéique de choix dans ce contexte. Les bains de bouche sont constitués de bicarbonate de sodium 1,4 %, à réaliser après chaque repas. Les compléments nutritionnels oraux doivent être hypercaloriques et hyperprotidiques. Le traitement de la maladie thrombo-embolique chez cette patiente devra être poursuivi « au très long cours », après relais par héparine de bas poids moléculaire.

Question 8

Réponse : diagnostics différentiels : syndrome occlusif par sténose au niveau de la tumeur gastrique (rare), syndrome occlusif lié à la carcinose péritonéale, troubles ioniques, hypertension intracrânienne en rapport avec des lésions secondaires neuroméningées.

Les principaux troubles ioniques à rechercher dans ce contexte sont une hyponatrémie, une insuffisance rénale et une hypercalcémie.

Question 9
Réponse : toxicité ou tolérance
Première administration chez l'homme. Volontaires sains. Petits effectifs. Évaluation de la toxicité d'une molécule selon des paliers de doses croissantes.
En oncologie, les essais de phase I incluent des sujets malades.

Grille d'évaluation

Nº	Réponses	Points
1	Linite gastrique (10)	10
2	Scanner thoraco-abdomino-pelvien injecté (8), écho-endoscopie digestive haute (4)	12
3	1. Temps médical (3). 2. Temps paramédical (3). 3. Rencontre avec les équipes de soins de support (3). 4. Articulation avec le médecin traitant (3)	12
4	Pancytopénie (4) avec fièvre (3) chimio-induite (3)	10
5	Hémocultures (4), ECBU (2), radiographie thoracique (2), coproculture (4)	12
6	Hospitalisation (3), isolement protecteur (3), antibiothérapie intraveineuse probabiliste à spectre large (4)	10
7	Facteurs de croissance (G-CSF) (6), érythropoïétine (6)	12
8	Syndrome occlusif lié à la carcinose péritonéale (12)	12
9	Toxicité ou tolérance (10)	10
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 18 : La méthodologie de la recherche expérimentale et clinique
item 208 : Hémogramme chez l'adulte et l'enfant : indications et interprétation
item 271 : Vomissements du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte
item 291 : Traitement des cancers : chirurgie, radiothérapie, traitements médicaux des cancers (chimiothérapie, thérapies ciblées, immunothérapie). La décision thérapeutique pluridisciplinaire et l'information du malade
item 292 : Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie dont le stade de soins palliatifs en abordant les problématiques techniques, relationnelles, sociales et éthiques. Traitements symptomatiques. Modalités de surveillance
item 293 : Agranulocytose médicamenteuse : conduite à tenir
item 300 : Tumeurs de l'estomac

Références :

ALD nº 30 – Cancer de l'estomac (HAS, 2011)
Cancer de l'estomac (Thésaurus national de cancérologie digestive, 2011)

Fiche de synthèse : voir p. 145.

Cas clinique 23 – QROC

Pancréatite aiguë biliaire

Question 1
Réponse : pancréatite aiguë
Principaux diagnostics différentiels : Infarctus myocardique inférieur, ulcère gastrique ou duodénal compliqué (perforé), infarctus mésentérique, dissection aortique.

Question 2
Réponse : bilan hépatique, calcémie, triglycéridémie

Question 3
Réponse : échographie abdominale
Recherche de lithiase biliaire/vésiculaire.

Question 4
Réponse : lithiase biliaire

Question 5
Réponse : score de Ranson, CRP, scanner abdominal injecté pour score de Balthazar
La gravité d'une pancréatite aiguë s'apprécie avant tout sur la clinique (signes de défaillance multiviscérale, terrain fragile ou obésité). Une PA est à risque d'évolution sévère en cas de score de Ranson ≥ 3 et/ou de score de Balthazar ≥ 4, et/ou CRP > 150.

Question 6
Réponse : défaillance multiviscérale à la phase aiguë, infection de nécrose subaiguë à partir de la deuxième semaine

Question 7
Réponse : pancréatite aiguë grave
Nécrose du pancréas (30–50 % de la glande). Coulée de nécrose péripancréatique. Pancréatite aiguë grave avec score de Balthazar CTSI à 7 (3 + 4)

Question 8
Réponse : unité de soins intensifs ou réanimation, mise à jeun, remplissage vasculaire, antalgiques, nutrition entérale
La sonde nasogastrique pour une aspiration ne doit être prescrite qu'en cas de vomissements importants. L'antibiothérapie n'est pas indiquée en l'absence d'infection (notamment infection de la nécrose), les IPP non plus.

Question 9
Réponse : cholécystectomie avec cholangiographie peropératoire
Lorsque l'inflammation aura diminué, et avant la reprise de l'alimentation par voie orale (dans l'intervalle, nutrition entérale exclusive) puisque l'épisode était grave. Soit en pratique environ 1 mois après en l'absence de complications. L'alimentation par voie entérale diminue le risque de translocation bactérienne et donc d'infection de la nécrose péripancréatique.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	Pancréatite aiguë (12)	12
2	Bilan hépatique (4), calcémie (4), triglycéridémie (4)	12
3	Échographie abdominale (10)	10
4	Lithiase biliaire (6)	6
5	Score de Ranson (6), CRP (4), scanner abdominal injecté (6)	16
6	Défaillance multiviscérale (5), infection de nécrose (5)	10
7	Pancréatite aiguë grave (12)	12
8	Unité de soins intensifs ou réanimation (3), mise à jeun (2), remplissage vasculaire (2), antalgiques (2), nutrition entérale (3)	12
9	Cholécystectomie (5) avec cholangiographie peropératoire (5)	10
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 267 : Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant et chez l'adulte
item 274 : Lithiase biliaire et complications
item 353 : Pancréatite aiguë

Référence :

Prise en charge de la lithiase biliaire (SNFGE, 2010)

Fiche de synthèse : voir p. 146.

Cas clinique 24 – QROC

NASH *(non alcoolic steato hepatitis)* + cholécystite aiguë

Question 1
Réponse : stéatohépatite non alcoolique (NASH), hépatite virale, médicamenteuse (statines).
Il n'y a pas d'argument concret pour la migration lithiasique (cytolyse persistante, pas de douleur). L'antécédent d'intervention avec possible transfusion avant 1992 doit faire rechercher une hépatite virale B ou C.

Question 2
Réponse : aucun
Lithiase vésiculaire asymptomatique.

Question 3
Réponse : régime diététique, activité physique, poursuite des statines, traitement du diabète

Question 4
Réponse : coliques hépatiques

Question 5
Réponse : cholécystectomie
La cholangiographie peropératoire n'est plus systématique et dépend désormais de critères prédictifs préopératoires cliniques, biologiques et échographiques.

Question 6
Réponse : douleur provoquée par la palpation de l'hypochondre droit inhibant l'inspiration profonde

Question 7
Réponse : cholécystite aiguë. Échographie abdominale en urgence
Les signes échographiques d'une cholécystite aiguë sont épaississement de la paroi vésiculaire > 4 mm, lithiase intravésiculaire, éventuelles complications : épanchement périvésiculaire, abcès, dilatation cholédocienne (si migration).

Question 8
Réponse : mise à jeun, hémocultures, cholécystectomie, antibiothérapie
La poursuite de l'antibiothérapie n'est pas obligatoire en postopératoire.

Question 9
Réponse : alternative : CPRE avec sphinctérotomie
Information claire, loyale, adaptée. Rapport bénéfice/risque en faveur de la cholécystectomie. En l'absence de chirurgie, risque de complications.
Les principales complications de la cholécystite aiguë sont : sepsis sévère ou choc septique, péritonite biliaire, angiocholite, pancréatite aiguë. La pose d'un drain vésiculaire transpariétal ou la CPRE sont des alternatives à considérer chez les malades à haut risque chirurgical.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	Stéatohépatite non alcoolique (NASH), hépatite virale, médicamenteuse (statines)	12
2	Aucun (10).	10
3	Régime diététique (3), activité physique (3), poursuite des statines (3), traitement du diabète (3)	12
4	Coliques hépatiques (10)	10

5	Cholécystectomie (10)	10
6	Douleur (2) provoquée par la palpation de l'hypochondre droit (4) inhibant l'inspiration profonde (4)	10
7	Cholécystite (4) aiguë (2). Échographie abdominale (4) en urgence (2)	12
8	Cholécystectomie (6), antibiothérapie (6)	12
9	CPRE avec sphinctérotomie (12)	12
	Total	100

Pour aller plus loin

Principal item abordé :

item 274 : Lithiase biliaire et complications

Référence :

Prise en charge de la lithiase biliaire (SNFGE, 2010)
Fiche de synthèse : voir p. 147.

Cas clinique 25 – QROC

Angiocholite

Question 1

Réponse : sepsis sévère
Un sepsis sévère se définit par l'association d'un sepsis (syndrome de réponse inflammatoire systémique en relation avec une infection) avec une hypotension répondant au remplissage et/ou au moins une dysfonction organique (encéphalopathie, syndrome de défaillance respiratoire aiguë, oligurie, acidose métabolique, hyperlactatémie, coagulation intravasculaire disséminée).

Question 2

Réponse : ulcère gastrique ou duodénal perforé, cholécystite aiguë
Deux principales causes à évoquer devant des douleurs épigastriques/hypochondre droit avec fièvre et sepsis sévère : arguments sémiologiques et de fréquence.

Question 3

Réponse : angiocholite aiguë d'origine lithiasique

Question 4

Réponse : acidose métabolique à trou anionique augmenté, liée aux lactates et à l'insuffisance rénale
L'acidose lactique est ici favorisée par la prise de metformine et le bas débit.

Question 5

Réponse : bili-IRM et écho-endoscopie digestive haute

Question 6

Réponse : antibiothérapie après prélèvements, CPRE avec sphinctérotomie endoscopique
Il est également nécessaire d'arrêter la metformine et les hypotenseurs (-bloquants). CPRE : cholangio-pancréatographie rétrograde par voie endoscopique.

Question 7

Réponse : bacille Gram négatif (entérobactéries) et anaérobies. C3G + aminoside + métronidazole
Vu la gravité de la maladie, le rapport bénéfice/risque est en faveur d'au moins une injection d'aminoside pour augmenter la bactéricidie, bien qu'il existe une insuffisance rénale. Il convient d'éviter les quinolones étant donné l'émergence de résistance.

Question 8

Réponse : sexe féminin, âge, multiparité, surpoids, hypertriglycéridémie, traitement par fibrates

Grille d'évaluation

Nº	Réponses	Points
1	Sepsis (7) sévère (7)	14
2	Ulcère perforé (5), cholécystite aiguë (5)	10
3	Angiocholite aiguë (6) d'origine lithiasique (6)	12
4	Acidose métabolique (6) à trou anionique augmenté (6)	12
5	Bili-IRM (5) et écho-endoscopie digestive haute (5)	10
6	Antibiothérapie (6), CPRE avec sphinctérotomie endoscopique (12)	18
7	Bacille Gram négatif (6) (entérobactéries) et anaérobies (6)	12
8	Fibrates (12)	12
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 219 : Facteurs de risque cardiovasculaire et prévention
item 265 : Troubles de l'équilibre acido-basique et désordres hydroélectrolytiques
item 267 : Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant et chez l'adulte
item 274 : Lithiase biliaire et complications
item 328 : État de choc. Principales étiologies : hypovolémique, septique, cardiogénique, anaphylactique

Références :

Prise en charge de la lithiase biliaire (SNFGE, 2010)
Cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique et sphinctérotomie bilio-pancréatique (SFED, 2003)

Fiche de synthèse : voir p. 148.

Cas clinique 26 – QROC

Hémochromatose

Question 1

Réponse : hépatite B guérie

Question 2

Réponse : cytolyse, syndrome inflammatoire, consommation d'alcool, syndrome métabolique
Le seuil d'hyperferritinémie et à 200 µg/L chez la femme.

Question 3

Réponse : hémochromatose génétique de stade III
Les critères du stade III sont : hyperferritinémie > 300 µg/L + CsTf > 45 % + retentissement clinique non grave.

Question 4

Réponse : échographie hépatique, alpha-fœtoprotéine, EOGD à la recherche de signe d'hypertension portale, IRM hépatique, ponction-biopsie hépatique
La ponction-biopsie hépatique est indiquée ici vu le risque de cirrhose (cytolyse hépatique, hépatomégalie, ferritinémie > 1000 µg/L) et pour le bilan des possibles lésions associées (hépatite B guérie, antécédent de consommation alcoolique importante). L'IRM hépatique, en plus d'apporter des informations précieuses au bilan d'hépatopathie chronique, permet une quantification de la surcharge hépatique en fer.

Question 5

Réponse : échographie transthoracique, ECG de repos, deuxième dosage de la glycémie à jeun, ostéodensitométrie osseuse et radiographie des articulations atteintes, testostéronémie
L'ostéodensitométrie est d'autant plus indiquée ici qu'il existe un antécédent de fracture possiblement ostéopénique/ostéoporotique.

Question 6

Réponse : ne pas tenir compte de ce résultat, car le dosage de l'HbA1c est faussé en cas d'hyperferritinémie

Question 7

Réponse : gène *HFE1*, mutation C282Y, de transmission autosomique récessive (à pénétrance incomplète). OUI

Question 8

Réponse : déplétion par saignées hebdomadaires. Objectif ferritinémie < 50 µg/L. Puis saignées d'entretien tous les 2 à 4 mois à vie (zéro à la question si oubli). Surveillance de la tolérance des saignées
Les saignées sont hebdomadaires lors de l'induction, doivent correspondre à un volume compris entre 550 et 7 mL/kg. Les saignées sont réalisables à domicile. La tolérance des saignées s'évalue sur la clinique et l'hémogramme. Un régime alimentaire pauvre en fer n'est pas indiqué. Ne pas oublier toutes les mesures liées (éviction des hépatotoxiques, traitement des éventuelles complications d'une hépatopathie chronique…). L'hémochromatose est une affection de longue durée prise en charge à 100 % par l'assurance-maladie.

Question 9

Réponse : syndrome du canal carpien droit

Question 10

Réponse : monoarthrite aiguë du genou droit, microcristalline à type de chondrocalcinose articulaire Radiographie typique : calcification du fibrocartilage (liseré calcique intra-articulaire).

Grille d'évaluation

Nº	Réponses	Points
1	Hépatite B guérie (10)	10
2	Cytolyse (3), syndrome inflammatoire (3), consommation d'alcool (3), syndrome métabolique (3)	12
3	Hémochromatose (4) génétique (4) de stade III (4)	12
4	Échographie hépatique (2), alpha-fœtoprotéine (2), EOGD (2), IRM hépatique (2), ponction-biopsie hépatique (2)	10
5	Échographie transthoracique (2), ECG de repos (2), deuxième dosage de la glycémie à jeun (2), ostéodensitométrie osseuse (2) et radiographie des articulations atteintes (2), testostéronémie (2)	12
6	Ne pas tenir compte de ce résultat (10)	10
7	Gène *HFE1* (6), mutation C282Y (6)	12
8	Déplétion par saignées (12)	12
9	Syndrome du canal carpien (5)	5
10	Chondrocalcinose (5)	5
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 93 : Radiculalgie et syndrome canalaire
item 194 : Arthropathie microcristalline
item 196 : Douleur et épanchement articulaire. Arthrite d'évolution récente
item 215 : Pathologie du fer chez l'adulte et l'enfant
item 276 : Cirrhose et complications

Référence :

Prise en charge de l'hémochromatose liée au gène *HFE* (HAS, 2005)

Fiche de synthèse : voir p. 149.

Cas clinique 27 – QROC

Hépatite alcoolique aiguë (HAA), rupture des varices œsophagiennes (RVO)

Question 1

Réponse : angiocholite aiguë. Échographie abdominale montrant des voies biliaires non dilatées

Question 2

Réponse : score de Maddrey, TP, bilirubine. Sévérité si score > 32
Score de Maddrey : 4,6 TP(témoin-patient) + Bili/17.
Un score > 32 correspond à une hépatite alcoolique aiguë sévère (ce seuil est globalement atteint si TP < 50 %, ou bilirubine > 100 μmol/L). Le score de Maddrey évalue la sévérité. La gravité s'évalue cliniquement par la présence d'une encéphalopathie (hépatite aiguë grave, fulminante ou subfulminante selon le délai d'apparition entre l'ictère et l'encéphalopathie).

Question 3

Réponse : ponction-biopsie hépatique par voie transjugulaire. Elle montrerait : nécrose hépatocytaire, corps de Mallory, infiltration à PNN, lésions de cirrhose sous-jacente
L'objectif est d'évaluer la gravité et non le diagnostic. Les troubles de l'hémostase contre-indiquent la voie transpariétale.

Question 4

Réponse : éliminer une infection évolutive
Hémocultures, ECBU, radiographie du thorax, sérologies VHA–VHB–VHC. En cas de décompensation œdémato-ascitique associée, une ponction d'ascite exploratrice est nécessaire dans le but d'éliminer une infection du liquide d'ascite.

Question 5

Réponse : l'alcool doit être arrêté et le syndrome de sevrage, prévenu, et corticothérapie
Attention aux benzodiazépines dans le contexte d'insuffisance hépatocellulaire aiguë. La prévention du delirium tremens passe essentiellement par l'hydratation (mais prudente vu le risque d'œdème pulmonaire) et la vitaminothérapie.

Question 6

Réponse : cirrhose décompensée avec encéphalopathie hépatique liée à une rupture de varices œsophagiennes

Question 7

Réponse : hémorragie digestive, infection, prise de toxiques, thrombose porte, troubles ioniques
Le *flapping tremor* est une chute brutale et brève du tonus des muscles extenseurs de la main. Les toxiques potentiellement responsables dans ce contexte sont l'alcool, les AINS, les benzodiazépines, les diurétiques. Les principaux troubles ioniques à rechercher systématiquement sont l'insuffisance rénale et l'hyponatrémie. Une encéphalopathie hépatique peut également être due à des voies de dérivations porto-systémiques, spontanées (ex. : splénorénales ou intra-hépatiques) ou TIPS.

Question 8

Réponse : dérivés de la somatostatine, mise à jeun, transfusion, inhibiteur de la pompe à protons, antibioprophylaxie
Les dérivés de la somatostatine doivent être instaurés le plus précocement possible (« dans le camion des pompiers »). Les inhibiteurs de la pompe à protons doivent également être institués dans l'hypothèse d'une hémorragie ulcéreuse. Ils pourront être interrompus après avoir écarté cette hypothèse par l'endoscopie. L'objectif transfusionnel est une Hb > 7 g/dL. Toute hémorragie digestive chez le cirrhotique est une situation favorisant l'infection du liquide d'ascite et justifie une antibioprophylaxie.

Question 9

Réponse : patient stable, érythromycine IV
La phase diagnostique de l'endoscopie œsogastroduodénale permet d'objectiver les varices œsophagiennes (saignement variqueux actif, localisation et étendue des varices œsophagiennes) et d'éliminer un ulcère gastrique ou duodénal. En cas de varice œsogastrique, le traitement endoscopique de première intention est l'encollage. En cas d'échec du traitement endoscopique, on peut réaliser un tamponnement à la sonde de Blakemore en urgence et proposer la pose d'un TIPS.

Grille d'évaluation

Nº	Réponses	Points
1	Angiocholite aiguë (5). Échographie abdominale (5)	10
2	Score de Maddrey (6). Sévérité si score > 32 (6)	12
3	Ponction-biopsie hépatique (6) par voie transjugulaire (6, zéro à la question si oubli	12
4	Éliminer une infection évolutive (10)	10
5	Corticothérapie (12)	12
6	Encéphalopathie hépatique (5) liée à une rupture de varices œsophagiennes (5)	10
7	Hémorragie digestive (2), infection (3), prise de toxiques (2), thrombose porte (2), troubles ioniques (3)	12
8	Dérivés de la somatostatine (4), transfusion (4), antibioprophylaxie (4)	12
9	Patient stable (5), érythromycine IV (5)	10
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 74 : Addiction à l'alcool
item 338 : État confusionnel et trouble de conscience chez l'adulte et chez l'enfant

item 350 : Hémorragie digestive
item 276 : Cirrhose et complications
item 275 : Ictère

Références :

ALD n° 6 – Cirrhose (HAS, 2006)
Prévention et traitement des hémorragies digestives liées à l'HTP chez les malades atteints de cirrhose (SNFGE, 2011)

Fiche de synthèse : **voir p. 150.**

Cas clinique 28 – QROC

Tuberculose, insuffisante hépatique aiguë (IHA), transplantation hépatique (TH)

Question 1

Réponse : adénopathies médiastinales associées à une condensation parenchymateuse multifocale

Question 2

Réponse : tuberculose, sarcoïdose, lymphome
À évoquer également : pneumoconiose, infection, métastases.

Question 3

Réponse : quadrithérapie = isoniazide, rifampicine, pyrazinamide, éthambutol

Question 4

Réponse : adaptation des doses au poids, bilan hépatique préthérapeutique, surveillance du bilan hépatique sous traitement, éviction des hépatotoxiques
Le pyrazinamide est contre-indiqué en cas d'anomalies du bilan hépatique préthérapeutique. Le bilan hépatique doit ensuite être surveillé (idéalement) deux fois par semaine pendant 2 semaines puis toutes les 2 semaines pendant 2 mois puis tous les mois.

Question 5

Réponse : insuffisance hépatique aiguë grave
TP et facteur V < 50 % et encéphalopathie.
Une insuffisance hépatique grave (encéphalopathie) est forcément sévère (TP et/ou facteur V < 50 %).

Question 6

Réponse : hépatotoxicité des antituberculeux, réactivation virale B, surinfection aiguë par le virus delta
Penser aux autres médicaments, au VHA, au VHE. L'isoniazide a une toxicité dose-dépendante et précoce, le pyrazinamide a une toxicité tardive immuno-allergique, la rifampicine potentialise la toxicité des deux autres. Dans ce cas, c'est très probablement le pyrazinamide qui est en cause.

Question 7

Réponse : traitement des ACSOS (facteurs d'agression cérébrale secondaire d'origine systémique), antibioprophylaxie, suppression des hépatotoxiques. Pharmacovigilance
L'antibioprophylaxie sera faite après les prélèvements bactériologiques. Il est recommandé de traiter toute insuffisance hépatique aiguë avec du N-acétylcystéine.

Question 8

Réponse : transplantation hépatique en urgence
L'indication repose principalement sur la présence d'une encéphalopathie grade III/IV, associée à un FV < 20 % avant 30 ans ou < 30 % après 30 ans.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	Adénopathies médiastinales (4), condensation parenchymateuse multifocale (4)	8
2	Tuberculose (4), sarcoïdose (4), lymphome (4)	12
3	Isoniazide (4), rifampicine (4), pyrazinamide (4), éthambutol (4)	16
4	Adaptation des doses au poids (5), surveillance du bilan hépatique sous traitement (5), éviction des hépatotoxiques (6)	16
5	Insuffisance hépatique aiguë (8) grave (8).	16
6	Hépatotoxicité des antituberculeux (6), réactivation virale B (5), surinfection aiguë par le virus delta (5)	16
7	Traitement des ACSOS (8), suppression des hépatotoxiques (8)	16
8	Transplantation hépatique (6) en urgence (6)	12
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 155 : Tuberculose de l'adulte et de l'enfant
item 163 : Hépatites virales
item 197 : Transplantation d'organes : aspects épidémiologiques et immunologiques; principes de traitement et surveillance; complications et pronostic; aspects éthiques et légaux
item 322 : Identification et gestion des risques liés aux médicaments et aux biomatériaux, risque iatrogène, erreur médicamenteuse

Références :

ALD n° 29 – Tuberculose (HAS, 2007)
Indications de la transplantation hépatique (HAS, 2005)

Fiche de synthèse : **voir p. 157.**

Cas clinique 29 – QROC

Ischémie du grêle

Question 1

Réponse : angor mésentérique

Question 2

Réponse : athérosclérose

Question 3

Réponse : scanner injecté, en l'absence de contre-indications, avec arrêt des biguanides après l'examen pendant 48 h

Question 4

Réponse : infarctus mésentérique

Question 5

Réponse : aucun, urgence chirurgicale

Le scanner abdominal reste l'examen de référence, à réaliser en urgence en cas de doute diagnostique. Les examens biologiques montreraient : hyperleucocytose, acidose métabolique hyperlactatémique, hyperkaliémie, insuffisance rénale, augmentation des transaminases et des LDH.

Question 6

Réponse : réanimation, remplissage/rééquilibration hydroélectrolytique, chirurgie, antibioprophylaxie

Question 7

Réponse : thrombose artérielle mésentérique (le plus probable ici). Embolie artérielle mésentérique

Question 8

Réponse : chirurgie abdominale, en particulier de l'aorte

Question 9

Réponse : syndrome du grêle court

Il peut être organique (post-résection) et/ou fonctionnel (post-ischémie chronique).

Grille d'évaluation

Nº	Réponses	Points
1	Angor mésentérique (10)	10
2	Athérosclérose (10)	10
3	Scanner injecté (12)	12
4	Infarctus mésentérique (10)	10
5	Aucun (12)	12
6	Réanimation (3), remplissage/ rééquilibration hydroélectrolytique (3), chirurgie (3), antibioprophylaxie (3)	12
7	Thrombose artérielle mésentérique (12)	12
8	Chirurgie l'aorte (10)	10
9	Syndrome du grêle court (12)	12
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 219 : Facteurs de risque cardiovasculaire et prévention
item 251 : Obésité de l'enfant et de l'adulte
item 267 : Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant et chez l'adulte

Fiche de synthèse : **voir p. 152**.

Cas clinique 30 – QROC

Maladie de Wilson

Question 1

Réponse : maladie génétique. Surcharge en cuivre. Déficit d'un transporteur du cuivre

Le transporteur ATP7B permet l'excrétion biliaire du cuivre. Un déficit de cet enzyme aboutit à une surcharge hépatique, puis viscérale dont neurologique.

Question 2

Réponse : autosomique récessif

Question 3

Réponse : anémie hémolytique. Atteinte neurologique centrale tardive

L'atteinte des noyaux gris centraux est à l'origine d'un syndrome parkinsonien ou de mouvements anormaux.

Question 4

Réponse : asymptomatique. Hépatite aiguë/fulminante. Cirrhose hépatique

Question 5

Réponse : l'anneau de Kayser-Fleischer bilatéral

Ce signe (anneau de coloration « bronzée » au niveau de sclère cornéenne) est présent dans 75 % des cas lors d'atteinte hépatique isolée, et 100 % des cas lors d'atteinte neurologique.

Question 6

Réponse :

Cuprémie abaissée, cuprurie augmentée

On observe également une augmentation de la fraction libre du cuivre et une diminution de la céruloplasminémie.

La céruloplasminémie est également abaissée en cas d'insuffisance hépatocellulaire sévère ou de syndrome néphrotique.

Question 7

Réponse : chélateur sanguin du cuivre

Le chélateur le plus efficace est la trientine (antérieurement la D-pénicillamine). Le zinc peut être utilisé en entretien de la trientine. En cas d'atteinte hépatique sévère, il faut proposer une transplantation hépatique.

Grille d'évaluation

Nº	Réponses	Points
1	Maladie génétique (7). Surcharge en cuivre (7)	14
2	Autosomique récessif (13)	13
3	Anémie hémolytique (7). Atteinte neurologique centrale (7) tardive	14
4	Asymptomatique (5). Hépatite aiguë/fulminante (5). Cirrhose hépatique (5)	15
5	L'anneau de Kayser-Fleischer bilatéral (14)	14
6	Cuprémie abaissée (8), cuprurie augmentée (8)	16
7	Chélateur sanguin du cuivre (14)	14
	Total	100

Pour aller plus loin

Principal item abordé :

Item 276 : Cirrhose et complications

Références :

ALD nº 6 – Cirrhose (HAS, 2006)
Surveillance des malades atteints de cirrhose non compliquée et prévention primaire des complications (HAS, 2007)
Critères diagnostiques et bilan initial de la cirrhose non compliquée (HAS, 2008)
Dosage du cuivre urinaire (HAS, 2007)
ALD nº 17 – Maladie de Wilson (HAS, 2008)
Prise en charge de la maladie de Wilson (FSMAD, 2012)

Fiche de synthèse : **voir p. 153.**

CC mixtes

Cas clinique 31 – mixte

Cancer du côlon

Question 1 – QCM

Réponse : B

Question 2 – QROC

Réponse : anémie microcytaire par carence martiale
En l'absence d'inflammation (CRP normale), une hypoferritinémie est suffisante pour affirmer le diagnostic de carence martiale.

Question 3 – QCM

Réponse : A, E
L'origine gynécologique d'un saignement doit toujours être éliminée s'agissant d'une femme. L'Hemoccult® n'est indiqué que dans le cadre du dépistage de masse des sujets à risque moyen non symptomatique (ici, la patiente a une anémie ferriprive).

Question 4 – QROC

Réponse : syndrome occlusif de localisation colique, de mécanisme obstructif
Pour tout syndrome occlusif, préciser le siège (ici colique car arrêt des matières et des gaz précoces et vomissements fécaloïdes tardifs) et le mécanisme (ici obstructif car d'apparition progressive). Toujours penser à vérifier les orifices herniaires.

Question 5 – QCM

Réponse : A, B, D, F
La rétention liquidienne digestive liée à l'occlusion risque d'entraîner une hypovolémie. Une occlusion colique entraîne une distension du côlon droit avec au maximum risque de perforation diastatique.

Question 6 – QCM

Réponse : C
La réalisation en un temps de l'anastomose est rendue difficile par la différence de diamètre des segments digestifs en rapport avec la dilatation liée à l'occlusion. La meilleure option est la colostomie de décharge afin de traiter l'urgence occlusive (sauf en cas de colectasie préperforative), sans résection segmentaire. Celle-ci pourra être plus facilement réalisable dans un second temps, après bilan d'extension.

Question 7 – QCM

Réponse : B, D, G
La présence de quatre ganglions atteints sur 12 (minimum requis) signifie un stade N2 (> 3 ganglions atteints) et donc un stade III (tous T, N+, M0).

Question 8 – QROC

Réponse : oui, chimiothérapie adjuvante
La présence de ganglions atteints (stade III) est une indication formelle à une chimiothérapie adjuvante (de type FOLFOX : 5-fluoro-uracile + oxaliplatine).

Question 9 – QCM

Réponse : A, B, D, E
La coloscopie doit toujours avoir pu permettre la visualisation de l'intégralité du côlon. En cas de tumeur non franchissable initialement ou révélée par une occlusion, une coloscopie totale sera réalisée dans les 6 mois après la chirurgie. La surveillance postopératoire comprend aussi la réalisation d'un scanner thoracique annuel pendant 5 ans. L'ACE est un marqueur utile pour le suivi des patients ayant un cancer colorectal.

Grille d'évaluation

Nº	Réponses	Points
1	B	10
2	Anémie microcytaire (7) par carence martiale (6)	13
3	A, E	10
4	Syndrome occlusif (5) de localisation colique (5), de mécanisme obstructif (5)	15
5	A, B, D, F	10
6	C	10
7	B, D, G	10
8	Oui (6), chimiothérapie adjuvante (6)	12
9	A, B, D, E	10
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 209 : Anémie chez l'adulte et chez l'enfant
item 267 : Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant et chez l'adulte
item 298 : Tumeurs du côlon et du rectum
item 349 : Syndrome occlusif de l'enfant et de l'adulte

Références :

ALD nº 30 – Cancer colorectal (HAS, 2012)
Cancer du côlon (Thésaurus national de cancérologie digestive, 2011)
Que reste-t-il de l'ASP en pathologie digestive ? (HAS, 2009)

Fiche de synthèse : voir p. 154.

Cas clinique 32 – mixte

Cancer du rectum et syndrome de Lynch

Question 1 – QROC

Réponse : population asymptomatique à risque moyen de 50 à 74 ans
La population à risque moyen est celle qui ne correspond pas aux critères des populations à risque élevé et très élevé, avec notamment l'absence d'antécédent personnel et familial de polype ou tumeur colorectale.

Question 2 – QCM

Réponse : B, C, G
Vu ses antécédents familiaux, la patiente appartient à la population à risque élevé de développer un cancer colorectal, dont le dépistage repose sur une coloscopie.

Question 3 – QCM

Réponse : A, B, C, D, E
La coloscopie est réalisée sous anesthésie générale ou sans anesthésie (éventuellement sédation au protoxyde d'azote inhalé). Elle nécessite une préparation par régime pauvre en résidus dans les jours précédents, ainsi que la prise orale de PEG la veille de l'examen. Les biopsies sous traitement anti-agrégant plaquettaire, voire anticoagulant (à condition que l'INR soit équilibré), peuvent être réalisées (discussion au cas par cas selon le ratio bénéfice/risque).

Question 4 – QCM

Réponse : B, C, D

Question 5 – QCM

Réponse : A
En cas de tumeur classée T3/T4 et/ou N + et M0, la réalisation d'une radiochimiothérapie néoadjuvante a montré son efficacité sur la survie. La réalisation d'un traitement néoadjuvant sera proposée à l'issue d'une RCP au moment du diagnostic.

Question 6 – QROC

Réponse : syndrome de Lynch
Un syndrome de Lynch (anciennement HNPCC pour *hereditary non polyposis colorectal cancer*) doit être suspecté devant la présence au sein d'une même famille : d'au moins trois cas de cancers appartenant au spectre du syndrome de Lynch (côlon, rectum, endomètre, ovaire, grêle, voies urinaires, estomac, voies biliaires), dont au moins deux surviennent sur deux générations successives, et au moins un survient avant l'âge de 50 ans (critères d'Amsterdam). Ces critères ont récemment été élargis car ils étaient trop restrictifs.

Question 7 – QCM

Réponse : C, D, E
Le syndrome de Lynch est lié à la mutation d'un des gènes codant pour les protéines du système MMR *(MisMatch Repair)* hMLH1, hMSH2 ou hMSH6, protéines de réparation de l'ADN. L'absence de l'un des critères d'Amsterdam n'élimine pas le syndrome de Lynch.

Grille d'évaluation

Nº	Réponses	Points
1	Population asymptomatique (5) à risque moyen (6) de 50 à 74 ans (5)	16
2	B, C, G	14
3	A, B, C, D, E	14
4	B, C, D	14
5	A	14
6	Syndrome de Lynch (14)	14
7	C, D, E	14
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 298 : Tumeurs du côlon et du rectum
item 287 : Épidémiologie, facteurs de risque, prévention et dépistage des cancers
item 288 : Cancer : cancérogénèse, oncogénétique

Références :

ALD nº 30 – Cancer colorectal (HAS, 2012)
Cancer du rectum (Thésaurus national de cancérologie digestive, 2013)
Endoscopie digestive basse : indications en dehors du dépistage en population (ANAES, 2004)
Place des tests immunologiques de recherche de sang occulte dans les selles (iFOBT) dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France (HAS, 2008)
Conseils de prise en charge de la maladie de Lynch (FSMAD, 2009)

Fiche de synthèse : **voir p. 155.**

Cas clinique 33 – mixte

Rectocolite hémorragique (RCH)

Question 1 – QROC
Réponse : condylomes de la marge anale, liés à une infection par HPV

Question 2 – QCM
Réponse : A, B, C

Question 3 – QROC
Réponse : HSV, gonocoque, chlamydia, mycoplasme.

Question 4 – QCM
Réponse : B, C, E
Il conviendra de réaliser un bilan d'infection sexuellement transmissible complet, complété par un bilan chez le(s) partenaire(s). La sérologie VIH nécessite l'information et l'accord du patient. La réalisation d'un frottis cervicovaginal chez la femme est indispensable dans le contexte d'infection à HPV, afin d'éliminer une dysplasie voire une néoplasie du col utérin.

Question 5 – QROC
Réponse : arrêt des AINS, antibiothérapie probabiliste, rapports sexuels protégés
Les AINS sont potentiellement responsables de lésions du tube digestif. Une antibiothérapie probabiliste est nécessaire au traitement des IST, couvrant *C. trachomatis* et le gonocoque, par exemple par C3G + cyclines. La recherche et le traitement d'IST doivent également être réalisés chez le(s) partenaire(s).

Question 6 – QROC
Réponse : rectocolite hémorragique

Grille d'évaluation

Nº	Réponses	Points
1	Condylomes de la marge anale (6), liés à une infection par HPV (6)	12
2	A, B, C	12
3	HSV (5), gonocoque (5), chlamydia (5), mycoplasme (5)	20
4	B, C, E	12
5	Arrêt des AINS (8), antibiothérapie probabiliste (8), rapports sexuels protégés (8)	24
6	Rectocolite hémorragique (20)	20
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 158 : Infections sexuellement transmissibles (IST) : gonococcies, chlamydioses, syphilis, papillomavirus humain (HPV), trichomonose
item 279 : Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI) chez l'adulte et l'enfant

Références :

ALD nº 24 – Rectocolite hémorragique (HAS, 2008)
Recommandations sur la prise en charge de certaines infections sexuellement transmissibles (AFSSAPS, 2008)

Fiche de synthèse : **voir p. 156.**

Cas clinique 34 – mixte

Maladie de Crohn

Question 1 – QCM
Réponse : A

Question 2 – QROC
Réponse : orifice interne de trajet fistuleux

Question 3 – QROC
Réponse : incision de l'abcès et drainage de la fistule

Question 4 – QROC
Réponse : gangrène de Fournier. Fistule complexe

Question 5 – QROC
Réponse : maladie de Crohn ano-périnéale
La récidive d'abcès ano-périnéaux est fréquente au cours de la maladie de Crohn mais doit également faire éliminer une tuberculose anale.

Question 6 – QCM
Réponse : A, B, C
Le bilan « d'extension » d'une maladie de Crohn comprend l'exploration de l'estomac et du duodénum

(gastroscopie), du côlon et des dernières anses grêles (iléocoloscopie) ainsi que du reste de l'intestin grêle (entéro-IRM ou entéro-TDM). L'examen par vidéocapsule n'est pas justifié en première intention et nécessite d'écarter une sténose.

Question 7 – QROC
Réponse : insuffisance surrénalienne aiguë par arrêt brutal des corticoïdes
L'insuffisance surrénalienne aiguë doit être évoquée à tout prix devant des douleurs abdominales diffuses associées à des vomissements et un état de déshydratation extracellulaire. L'association hyponatrémie + hyperkaliémie + hypoglycémie est évocatrice, ainsi que la présence d'une insuffisance rénale aiguë fonctionnelle.

Question 8 – QCM
Réponse : A, D
L'hyperkaliémie est l'un des éléments mettant potentiellement en jeu le pronostic vital en cas d'ISA. Elle justifie un ECG en urgence, un traitement adapté (pas d'insulinothérapie ici car hypoglycémie) en parallèle au traitement spécifique de l'ISA (dont la réhydratation sans supplémentation potassique).

Question 9 – QCM
Réponse : D
Tous les immunosuppresseurs ne sont pas une contre-indication à la grossesse. La carence en folates augmente le risque de malformations du tube neural et doit être recherchée chez cette femme aux antécédents compatibles avec une maladie de Crohn. La présence de lésions ano-périnéales actives et/ou d'une atteinte rectale active risque d'être aggravée lors d'un accouchement par voie basse et est une indication à la réalisation d'une césarienne.

Grille d'évaluation

Nº	Réponses	Points
1	A	10
2	Orifice interne (5) de trajet fistuleux (7)	12
3	Incision de l'abcès (6) et drainage de la fistule (6)	12
4	Gangrène de Fournier (6). Fistule complexe (6)	12
5	Maladie de Crohn (6) ano-périnéale (6)	12
6	A, B, C	10
7	Insuffisance surrénalienne aiguë (6) par arrêt brutal des corticoïdes (6)	12
8	A, D	10
9	D	10
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 243 : Insuffisance surrénale chez l'adulte et l'enfant
item 279 : Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) chez l'adulte et l'enfant
item 285 : Pathologie hémorroïdaire
item 326 : Prescription et surveillance des classes de médicaments les plus courantes chez l'adulte et chez l'enfant : anti-inflammatoires stéroïdiens et non stéroïdiens

Références :

ALD nº 24 – Maladie de Crohn (HAS, 2008)

Fiche de synthèse : voir p. 158.

Cas clinique 35 – mixte

Maladie cœliaque

Question 1 – QCM
Réponse : A, C
La diarrhée par malabsorption cède typiquement au jeûne et s'accompagne éventuellement comme ici de signes de carence (anémie, carence en micronutriments). Une diarrhée est dite aiguë lorsqu'elle évolue depuis moins de 2 semaines, prolongée ou subaiguë lorsqu'elle évolue depuis 2 à 4 semaines, chronique lorsqu'elle évolue depuis plus de 1 mois.

Question 2 – QCM
Réponse : C, D, F
L'hyperthyroïdie peut entraîner une diarrhée, typiquement motrice. Par définition, une malabsorption exclut le diagnostic de trouble fonctionnel intestinal. Une pullulation microbienne chronique du grêle et l'insuffisance pancréatique exocrine entraînent une diarrhée par malabsorption dite « pré-entérocytaire », du fait d'une maldigestion luminale.

Question 3 – QROC
Réponse : endoscopie digestive haute avec biopsies duodénales, iléocoloscopie, IgA anti-transglutaminase
Examen parasitologique des selles.

Question 4 – QROC
Réponse : atrophie villositaire subtotale ou totale. Hyperplasie cryptique. Infiltration lymphoplasmocytaire du chorion. Augmentation du taux de lymphocytes intra-épithéliaux

Question 5 – QROC
Réponse : régime sans gluten à vie

Question 6 – QCM
Réponse : B, D, E
Le risque de transmission d'une maladie cœliaque est faible à l'échelon individuel. Le risque que le bébé soit

atteint dépend également de facteurs environnementaux, en particulier de l'âge de la diversification alimentaire.

Question 7 – QCM
Réponse : A, B, C, E, F
Les patients ayant une maladie cœliaque non traitée présentent un risque de mortalité multiplié par deux en comparaison avec la population générale. La maladie cœliaque augmente le risque de lymphome T et d'adénocarcinome du grêle, mais aussi de cancer des voies digestives supérieures et de carcinome hépatocellulaire. Les complications cardiovasculaires sont représentées par les coronaropathies et les thromboses veineuses (thrombophilie). La maladie cœliaque est associée à un sur-risque de maladies auto-immunes (diabète type 1, thyroïdites), en particulier en cas de mauvaise observance du régime sans gluten.

Question 8 – QROC
Réponse : endoscopie digestive haute avec biopsies duodénales. Pas de régime sans gluten si absence de preuve histologique.
La maladie cœliaque est souvent silencieuse.

Grille d'évaluation

Nº	Réponses	Points
1	A, C	12
2	C, D, F	12
3	Endoscopie digestive haute (5), iléocoloscopie (5), IgA anti-transglutaminase (5)	15
4	Atrophie villositaire subtotale ou totale (4). Hyperplasie cryptique (2). Infiltration lymphoplasmocytaire du chorion (2). Augmentation du taux de lymphocytes intra-épithéliaux (4)	12
5	Régime sans gluten (12)	12
6	B, D, E	12
7	A, B, C, E, F	12
8	Endoscopie digestive haute (6) avec biopsies duodénales (7)	13
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 188 : Pathologies auto-immunes : aspects épidémiologiques, diagnostiques et principes de traitement
item 282 : Diarrhée chronique chez l'adulte et l'enfant

Références :

Recherche d'anticorps dans la maladie cœliaque (HAS, 2007)

Fiche de synthèse : voir p. 159.

Cas clinique 36 – mixte

Diverticulite compliquée

Question 1 – QCM
Réponse : A, C

Question 2 – QROC
Réponse : TDM abdomino-pelvienne avec injection de produit de contraste iodé (car clairance rénale > 30 mL/min) et opacification colique
Arrêt de la metformine pendant 48 h après injection de produit de contraste et relais insuline, puis contrôle de la créatininémie avant reprise de la metformine. Hydratation au sérum physiologique.

Question 3 – QROC
Réponse : diverticulite sigmoïdienne compliquée d'un abcès périsigmoïdien, sans signe de péritonite
Le diagnostic de diverticulite sigmoïdienne est posé par la présence de diverticules associés à une infiltration de la graisse péricolique. Le diagnostic d'abcès périsigmoïdien est posé devant la présence d'une collection latérosigmoïdienne de densité hydrique contenant des images aériques (signant la présence de bactéries anaérobies). Stade I de la classification de Hinchey. Classification de Hinchey : I = phlégmon/abcès péricolique ; II = abcès pelvien, abdominal ou rétropéritonéal (péritonite localisée) ; III = péritonite généralisée purulente ; IV = péritonite stercorale.

Question 4 – QCM
Réponse : C, D
Un abcès périsigmoïdien de taille < 5 cm nécessite un traitement médical seul (difficilement accessible au drainage) en première intention. En cas d'échec du traitement médical (et/ou du drainage pour les abcès de taille > 5 cm), une résection colique doit être proposée.

Question 5 – QROC
Réponse : péritonite généralisée
Péritonite tertiaire car consécutive à un abcès intra-abdominal (péritonite primaire = infection du liquide d'ascite, péritonite secondaire = consécutive à une infection d'organe).

Question 6 – QCM
Réponse : A, B

Question 7 – QROC
Réponse : coloscopie car facteurs de risque de cancer colorectal et rectorragies
La coloscopie sera réalisée avant le rétablissement de continuité en cas de stomie. Le sujet est à risque élevé de cancer colorectal vu l'antécédent familial au premier degré avant l'âge de 60 ans. Toute émission de sang dans les selles doit faire rechercher un cancer colorectal, surtout chez un sujet âgé de plus de 50 ans.

Question 8 – QCM
Réponse : A, D, E

Question 9 – QCM

Réponse : B, C

Une sigmoïdectomie prophylactique (classiquement réalisée par résection–anastomose d'emblée) doit être discutée après tout épisode de diverticulite compliquée, ainsi que devant tout épisode survenant avant l'âge de 50 ans ou chez un patient traité par immunosuppresseurs.

Grille d'évaluation

Nº	Réponses	Points
1	A, C	10
2	TDM abdomino-pelvienne (5) avec injection de produit de contraste iodé (car clairance rénale > 30 mL/min) (5) et opacification colique (4)	14
3	Diverticulite sigmoïdienne (6) compliquée d'un abcès périsigmoïdien (6)	12
4	C, D	10
5	Péritonite généralisée (12)	12
6	A, B	10
7	Coloscopie (12)	12
8	A, D, E	10
9	B, C	10
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 267 : Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant et chez l'adulte
item 284 : Diverticulose colique et diverticulite aiguë du sigmoïde
item 352 : Péritonite aiguë chez l'enfant et chez l'adulte

Références :

Complications de la diverticulose colique (HAS, 2006)

Fiche de synthèse : voir p. 160.

Cas clinique 37 – mixte

Obésité

Question 1 – QROC

Réponse : syndrome métabolique

Un syndrome métabolique est défini par la présence d'au moins trois items parmi les cinq items suivants : tour de taille ≥ 88 cm (102 chez l'homme) ; PA syst. > 130 mmHg ou PA diast. ≥ 85 mmHg ; glycémie à jeun ≥ 1,10 g/L ; triglycéridémie à jeun ≥ 1,5 g/L ; HDLc < 0,5 g/L (0,4 g/L chez l'homme).

Question 2 – QCM

Réponse : A, B, C, E

Une maladie de Wilson est à rechercher en seconde intention sur point d'appel neurologique ou familial.

Question 3 – QROC

Réponse : troubles de l'hémostase, traitement anticoagulant, ascite abondante, dilatation des voies biliaires, dilatation des veines hépatiques

Les deux dernières peuvent être contournées par le repérage échographique. Les troubles de l'hémostase doivent faire envisager une ponction-biopsie hépatique par voie transjugulaire.

Question 4 – QROC

Réponse : stéatohépatite non alcoolique (NASH)

Question 5 – QCM

Réponse : A, B, C

Question 6 – QROC

Réponse : syndrome d'apnées obstructives du sommeil, dyslipidémie, HTA, diabète

Question 7 – QCM

Réponse : A, B, C

Question 8 – QROC

Réponse : dénutrition par malabsorption

Le bypass consiste à réaliser une anastomose gastro-jéjunale (anse en Y), en ne laissant qu'une petite poche gastrique dans laquelle arrivent les aliments. Les aliments passent dans l'intestin en court-circuitant une grande partie de l'estomac, le duodénum et le jéjunum. Le bypass permet ainsi la réduction du volume des apports caloriques (poche gastrique dont la capacité est réduite) et aussi de l'absorption des substances nutritives (shunt d'une portion de l'intestin grêle). Il s'agit d'une chirurgie à effet mixte : restriction et malabsorption.

Grille d'évaluation

Nº	Réponses	Points
1	Syndrome métabolique (11)	11
2	A, B, C, E	10
3	Troubles de l'hémostase (4), traitement anticoagulant (4), ascite abondante (4), dilatation des voies biliaires (4), dilatation des veines hépatiques (4)	20
4	Stéatohépatite non alcoolique (NASH) (11)	11
5	A, B, C	10
6	Syndrome d'apnées obstructives du sommeil (4), dyslipidémie (4), HTA (4), diabète (4)	16
7	A, B, C	10
8	Dénutrition (6) par malabsorption (6)	12
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 219 : Facteurs de risque cardiovasculaire et prévention
item 251 : Obésité de l'enfant et de l'adulte

Références :

Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours (HAS, 2011)
Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte (HAS, 2009)
Ponction-biopsie hépatique (SNFGE, 2001)

Fiche de synthèse : voir p. 167.

Cas clinique 38 – mixte

Reflux gastro-œsohpagien (RGO), adénocarcinome (ADK)

Question 1 – QROC

Réponse : consommation d'alcool, surpoids, médicaments (2-mimétique, inhibiteur calcique et benzodiazépine)

Question 2 – QROC

Réponse : érosions œsophagiennes confluentes et circonférentielles
Classification de Savary-Miller = classification endoscopique de la sévérité d'une œsophagite : I = érosion(s) unique ou multiples isolées, non confluentes ; II = érosions multiples confluentes mais non circonférentielles ; III = érosions multiples confluentes et circonférentielles ; IV = œsophagite compliquée : ulcère, sténose ou EBO. Les stades I et II correspondent à une œsophagite non sévère, les stades III et IV correspondent à une œsophagite sévère.

Question 3 – QCM

Réponse : A, B, D
L'œsophagite non sévère se traite par des IPP demi-dose pendant 4 semaines (pleine dose si insuffisant), avec contrôle endoscopique uniquement si absence d'amélioration ou rechute précoce. L'œsophagite sévère se traite d'emblée par 8 semaines d'IPP pleine dose, avec contrôle endoscopique systématique.

Question 4 – QROC

Réponse : chirurgie antireflux, après pH-métrie et manométrie
La valve antireflux consiste en une fundoplicature ou hémifundoplicature, associée à une éventuelle cure d'hernie hiatale postérieure. La pH-métrie est indispensable pour la confirmation formelle du diagnostic de RGO. De même une manométrie doit être réalisée en préopératoire afin d'écarter un trouble moteur œsophagien qui est une contre-indication à ce geste chirurgical. Ces deux examens ont une valeur médico-légale.

Question 5 – QROC

Réponse : cancer de l'œsophage de type adénocarcinome

Question 6 – QCM

Réponse : A, E
La fibroscopie bronchique et l'examen ORL sont indiqués en cas de carcinome épidermoïde ou d'adénocarcinome chez un patient tabagique. Le TEP-scan est à discuter en deuxième intention, avant chirurgie afin de ne pas méconnaître une contre-indication opératoire (métastases à distance).

Question 7– QROC

Réponse : chambre implantable, bilan biologique (NFS, fonction rénale), hyperhydratation, anti-émétiques

Question 8 – QCM

Réponse : C
Le patient est en progression clinique et radiologique. Le traitement pour lever la dysphagie devra être efficace le plus rapidement possible et le moins invasif possible. La mise en place d'une gastrostomie par voie endoscopique nécessite que la lésion soit franchissable par l'endoscope. Toujours privilégier la nutrition par voie orale (ici impossible en l'absence de prothèse du fait de l'importance de la sténose) ou entérale, plutôt que la voie parentérale (moins physiologique et plus à risque de complications infectieuses et thrombotiques). La radiothérapie a un effet retardé et peut dans un premier temps s'accompagner d'une majoration de la dysphagie (œdème tissulaire au niveau de la zone irradiée).

Grille d'évaluation

Nº	Réponses	Points
1	Consommation d'alcool (3), surpoids (3), médicaments (4)	10
2	Erosions œsophagiennes confluentes (6) et circonférentielles (6)	12
3	A, B, D	12
4	Chirurgie antireflux (16)	16
5	Adénocarcinome de l'œsophage (14)	14
6	A, E	12
7	Chambre implantable (3), bilan biologique (NFS, fonction rénale) (3), hyperhydratation (3), anti-émétiques (3)	12
8	C	12
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 268 : Reflux gastro-œsophagien chez le nourrisson, chez l'enfant et chez l'adulte. Hernie hiatale
item 270 : Dysphagie
item 287 : Épidémiologie, facteurs de risque, prévention et dépistage des cancers
item 291 : Traitement des cancers : chirurgie, radiothérapie, traitements médicaux des cancers (chimiothérapie, thérapies ciblées, immunothérapie). La décision thérapeutique pluridisciplinaire et l'information du malade
item 302 : Tumeurs de l'œsophage

Références :

Prescription des examens complémentaires dans le reflux gastro-œsophagien chez l'adulte en gastroentérologie (HAS, 2005)
Prise en charge du reflux gastro-œsophagien (SNFGE, 2011)
Les inhibiteurs de la pompe à protons chez l'adulte (HAS, 2009)
Les antisécrétoires gastriques chez l'adulte (AFSSAPS, 2007)
ALD n° 30 – Cancer de l'œsophage (HAS, 2011)

Fiche de synthèse : **voir p. 162.**

Cas clinique 39 – mixte

Pancréatite aiguë (PA), alcool et pseudo-kyste (PK)

Question 1 – QCM

Réponse : B, E

Question 2 – QROC

Réponse : Oui. Scanner abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste au moins 48 h après le début des douleurs

Question 3 – QCM

Réponse : C, D, E, F
Après avoir éliminé les deux causes les plus fréquentes de pancréatite aiguë (alcool et biliaire), il faut rechercher une cause tumorale.

Question 4 – QROC

Réponse : hydratation, antalgiques IV, à jeun strict, prévention des complications du sevrage alcoolique

Question 5 – QCM

Réponse : C
Il faut également rechercher un trouble ionique, une hypoglycémie et un effet indésirable des morphiniques.

Question 6 – QROC

Réponse : après 48 h de sédation de la douleur sans antalgiques
Les autres conditions sont une absence de vomissements et une reprise du transit.

Question 7 – QCM

Réponse : B
La pancréatite chronique calcifiante ne peut pas à elle seule expliquer la voussure.

Question 8 – QCM

Réponse : B, D
Un geste sur un pseudo-kyste est à envisager en seconde intention si le pseudo-kyste est volumineux ou symptomatique de façon persistante malgré le sevrage et la nutrition entérale. Le sevrage ambulatoire est contre-indiqué du fait de l'antécédent de sevrage compliqué (delirium tremens lors de la première hospitalisation).

Question 9 – QROC

Réponse : aide médicale d'État

Grille d'évaluation

Nº	Réponses	Points
1	B, E	10
2	Oui (3). Scanner abdomino-pelvien (3) avec injection de produit de contraste (3) au moins 48 h après le début des douleurs (3)	12
3	C, D, E, F	10
4	Hydratation (4), antalgiques IV (4), à jeun strict (5, zéro à la question si oubli), prévention des complications du sevrage alcoolique (4)	15
5	C	10
6	Après 48 h de sédation de la douleur (8) sans antalgiques (4)	12
7	B	10
8	B, D	10
9	Aide médicale d'État (11)	11
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 57 : Sujets en situation de précarité
item 74 : Addiction à l'alcool
item 267 : Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant et chez l'adulte
item 278 : Pancréatite chronique
item 353 : Pancréatite aiguë

Références :

Évaluation de l'amylasémie et de la lipasémie pour le diagnostic initial de la pancréatite aiguë (HAS, 2008)

Fiche de synthèse : **voir p. 163.**

Cas clinique 40 – mixte

Pancréatite chronique calcifiante (PCC), diabète, insuffisance pancréatique exocrine (IPE)

Question 1 – QROC

Réponse : 364 g d'alcool pur par jour
Consommation d'alcool = [(2 0,75 L 120 g/L) + (3 0,5 L 50 g/L) + (0,5 L 400 g/L)] 0,8.

Question 2 – QCM

Réponse : B, E
Les principales contre-indications à la réalisation ambulatoire d'un sevrage alcoolique sont : antécédent d'échec de sevrage alcoolique, sevrage alcoolique compliqué (convulsions, delirium tremens), niveau socio-économique défavorisé, isolement social, refus du patient, comorbidités importantes, co-addictions multiples. Les benzodiazépines ne sont pas hépatotoxiques à proprement parler, mais sont un facteur de risque d'encéphalopathie hépatique chez le malade cirrhotique.

Question 3 – QROC

Réponse : polyneuropathie. Diabétique ou alcoolo-carentielle
La polyneuropathie est une atteinte distale, symétrique, progressive, ascendante, avec atteinte sensitive prédominante.

Question 4 – QROC

Réponse : pancréatite chronique alcoolique. Insuffisance pancréatique exocrine et endocrine (diabète)

Question 5 – QCM

Réponse : A, B, D, E
Le dosage de la lipase n'est indiqué qu'en cas de douleur évocatrice pour poser le diagnostic de pancréatite aiguë.

Question 6 – QROC

Réponse : cholangio-pancréatographie par résonance magnétique (CPRM). Canal de Wirsung dilaté et irrégulier. Aspect en faveur d'une pancréatite chronique

Question 7 – QROC

Réponse : sevrage alcoolique, renutrition, enzymes pancréatiques, équilibre du diabète

Question 8 – QCM

Réponse : A, B, E
La natrémie s'interprète en fonction de l'osmolarité. Elle est ici faussement abaissée en raison de l'hyperglycémie

Question 9 – QCM

Réponse : A, B, C
La décharge n'a pas de valeur juridique en soi, seule la preuve d'information compte.

Grille d'évaluation

Nº	Réponses	Points
1	364 g d'alcool pur par jour (8)	8
2	B, E	10
3	Polyneuropathie (4). Diabétique (4) ou alcoolo-carentielle (4)	12
4	Pancréatite chronique alcoolique (6). Insuffisance pancréatique exocrine (4) et endocrine (diabète) (4)	14
5	A, B, D, E	10
6	Canal de Wirsung dilaté et irrégulier (12)	12
7	Sevrage alcoolique (3), renutrition (3), enzymes pancréatiques (3), équilibre du diabète (3)	12
8	A, B, E	10
9	A, B, C	10
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 7 : Les droits individuels et collectifs du patient
item 74 : Addiction à l'alcool
item 94 : Neuropathie périphérique
item 245 : Diabète sucré de type 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte. Complications
item 278 : Pancréatite chronique
item 331 : Coma non traumatique chez l'adulte et chez l'enfant

Références :

Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolo-dépendant (HAS, 1999)

Fiche de synthèse : **voir p. 164.**

Cas clinique 41 – mixte

Virus de l'hépatite B (VHB)

Question 1 – QROC

Réponse : alcool, NASH, hépatites virales
Puis hémochromatose, Wilson, HAI, toxique, CBP, cardiaque…

Question 2 – QROC

Réponse : sérologie VHB, sérologie VHC
En cas de positivité de la sérologie VHB, penser systématiquement à rechercher une co-infection VHD.

Question 3 – QCM
Réponse : C
Le profil A n'existe pas. Le profil B correspond à une hépatite B guérie. Le profil D correspond à une immunisation vaccinale.

Question 4 – QCM
Réponse : A, B
La réalisation d'une ponction-biopsie hépatique est indiquée pour permettre d'évaluer l'intensité de l'atteinte hépatique (score METAVIR : activité et fibrose). La charge virale (PCR-ADN) est utile à la décision thérapeutique. Les méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose peuvent remplacer la PBH dans l'hépatite C sans comorbidité mais sont moins bien validées dans l'hépatite B. La PBH est donc recommandée avant traitement dans cette indication.

Question 5 – QROC
Réponse : charge virale, transaminases, histologie (score METAVIR)

Question 6 – QROC
Réponse : interféron pégylé si présence de facteurs prédictifs de bonne réponse. Analogues nucléosidiques dans le cas inverse
Les facteurs prédictifs de bonne réponse sont : transaminases élevées, charge virale faible, activité A ≥ 2, fibrose F2-F3, infection récente.

Question 7 – QCM
Réponse : A, B
L'hépatocarcinome peut compliquer une hépatopathie chronique sans cirrhose. Il n'existe pas de vaccin contre le VHD.

Question 8 – QROC
Réponse : sérovaccination de l'enfant à la naissance : immunoglobulines humaines anti-VHB et une injection de vaccin sur l'autre bras
L'allaitement n'est pas contre-indiqué. Rappels de vaccination à 1 mois et 6 mois.

Grille d'évaluation

Nº	Réponses	Points
1	Alcool (3), NASH (3), hépatite B (3), hépatite C (3), Hémochromatose (3)	15
2	Sérologie VHB (3), sérologie VHC (3)	12
3	C	10
4	A, B	12
5	Charge virale (6), transaminases (4), histologie (score METAVIR) (4)	12
6	Interféron pégylé (6). Analogues nucléosidiques (6)	12
7	A, B	12
8	Sérovaccination (15) de l'enfant	15
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 163 : Hépatites virales
item 276 : Cirrhose et complications

Références :

Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C (HAS, 2011)
ALD nº 6 – Hépatite chronique B (HAS, 2006)

Fiche de synthèse : voir p. 165.

Cas clinique 42 – mixte

Virus de l'hépatite C (VHC)

Question 1 – QROC
Réponse : charge virale, génotype

Question 2 – QCM
Réponse : A, C, D
La réalisation d'une ponction-biopsie hépatique n'est pas indiquée en cas de virus de type 2 ou 3 car le traitement sera institué d'emblée si l'hépatite est active.

Question 3 – QROC
Réponse : IFN-α pégylé + ribavirine, durée initiale 12 mois

Question 4 – QROC
Réponse : affection auto-immune, pathologie psychiatrique, grossesse

Question 5 – QCM
Réponse : A, B, C, E

Question 6 – QROC
Réponse : charge virale forte, sexe masculin, âge > 40 ans, génotype VHC-4, fibrose stade F4, mauvaise compliance

Question 7 – QCM
Réponse : A, B
Dans le cas particulier du CHC, une preuve histologique n'est pas indispensable. L'alphafœtoprotéine peut également être élevée en cas de cancer du testicule, de l'ovaire, de l'estomac ou de tératome.

Question 8 – QCM
Réponse : A, C, D

Question 9 – QCM
Réponse : glomérulopathie, arthromyalgies, multinévrite, purpura vasculaire
Le type de glomérulopathie liée à la cryoglobulinémie est essentiellement la glomérulonéphrite membrano-proliférative.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	Charge virale (6), génotype (6)	12
2	A, C, D	10
3	IFN-α pégylé (4) + ribavirine (4), durée initiale 12 mois (4)	12
4	Affection auto-immune (4), pathologie psychiatrique (4), grossesse (4)	12
5	A, B, C, E	10
6	Charge virale forte, sexe masculin, âge > 40 ans, génotype VHC-4, fibrose stade F4, mauvaise compliance : 6 points si 2/3, 12 points si 3/3	12
7	A, B	10
8	A, C, D	10
9	Glomérulopathie (3), arthromyalgies (3), multinévrite (3), purpura vasculaire (3)	12
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 163 : Hépatites virales
item 273 : Hépatomégalie et masse abdominale
item 276 : Cirrhose et complications
item 301 : Tumeurs du foie, primitives et secondaires

Références :

Critères diagnostiques et bilan initial de la cirrhose non compliquée (HAS, 2008)
Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C (HAS, 2011)
Surveillance des malades atteints de cirrhose non compliquée et prévention primaire des complications (HAS, 2007)
ALD n° 6 – Hépatite chronique C (HAS, 2006)
ALD n° 6 – Cirrhose (HAS, 2006)
ALD n° 30 – Cancer primitif du foie (HAS, 2011)
Carcinome hépatocellulaire (Thésaurus national de cancérologie digestive, 2011)

Fiche de synthèse : voir p. 166.

Cas clinique 43 – mixte

Tumeur neuro-endocrine

Question 1 – QCM
Réponse : A, B, C, D, E

Question 2 – QROC
Réponse : sensibilité, consistance, taille, mobilité, limites

Question 3 – QCM
Réponse : A, C
1. Rate. 2. Estomac. 3. Aorte. 4. Lésion hépatique tissulaire d'allure métastatique. 5. Lésion hépatique hypodense d'allure kystique.

Question 4 – QROC
Réponse : tumeur neuro-endocrine (carcinoïde) du grêle. Ponction-biopsie d'une métastase hépatique

Question 5 – QCM
Réponse : A, C, D, E

Question 6 – QROC
Réponse : corticoïdes, aprépitant, métoclopramide.
En cas de vomissements anticipatoires = anxiolytique la veille des perfusions
Absence de bénéfice, à la phase retardée, de l'ajout d'un sétron.

Question 7 – QCM
Réponse : A, B, E
Il s'agit d'un tableau typique de carcinose péritonéale.
Dans ce contexte, l'ascite devrait être riche en protides.

Question 8 – QROC
Réponse : étude prospective, randomisée, contrôlée, sans aveugle

Question 9 – QCM
Réponse : A, B, C, D

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	A, B, C, D, E	10
2	Sensibilité (2), consistance (2), taille (2), mobilité (2), limites (2)	10
3	A, C	10
4	Tumeur neuro-endocrine (carcinoïde) du grêle (6). Ponction-biopsie d'une métastase hépatique (6)	12
5	A, C, D, E	12
6	Corticoïdes (4), aprépitant (4), métoclopramide (4)	12
7	A, B, E	12
8	Étude prospective (3), randomisée (3), contrôlée (3), sans aveugle (3)	12
9	A, B, C, D	10
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 18 : La méthodologie de la recherche expérimentale et clinique
item 271 : Vomissements du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte

item 273 : Hépatomégalie et masse abdominale
item 277 : Ascite
item 282 : Diarrhée chronique chez l'adulte et l'enfant
item 291 : Traitement des cancers : chirurgie, radiothérapie, traitements médicaux des cancers (chimiothérapie, thérapies ciblées, immunothérapie). La décision thérapeutique pluridisciplinaire et l'information du malade
item 301 : Tumeurs du foie, primitives et secondaires

Fiche de synthèse : voir p. 167.

Cas clinique 44 – mixte

Insuffisance surrénale aiguë (ISA), douleur abdominale

Question 1 – QCM

Réponse : A, D, E
L'hyperkaliémie et l'hyponatrémie n'occasionnent pas de douleurs abdominales.

Question 2 – QROC

Réponse : insuffisance surrénalienne aiguë compliquant une insuffisance surrénalienne chronique périphérique
La mélanodermie du patient permet de caractériser l'insuffisance surrénalienne chronique d'origine périphérique.

Question 3 – QCM

Réponse : B, E
La natrémie est le reflet du compartiment intracellulaire et des réserves en eau et non en sel. L'hyponatrémie traduit une hyperhydratation intracellulaire, reflet d'un excès relatif d'eau : il est dû aux pertes sodées supérieures aux pertes hydriques, induites par le déficit en minéralocorticoïdes (qui normalement entraînent la rétention sodée et la fuite potassique), et est aggravé par l'augmentation de la sécrétion d'ADH induite par l'hypovolémie et entraînant une rétention hydrique.

Question 4 – QROC

Réponse : aucun examen ne doit retarder la prise en charge
La cortisolémie et le taux d'ACTH seront prélevés de principe avant d'instaurer le traitement, sans en attendre les résultats. Test au synacthène uniquement si doute diagnostique.

Question 5 – QCM

Réponse : B, C, E
L'interprétation de la natriurèse et de la kaliurèse est biaisée par le déficit en minéralocorticoïdes, utiliser plutôt le rapport urée urinaire/plasmatique.

Question 6 – QROC

Réponse : remplissage vasculaire par sérum physiologique (4 à 6 L/24 h), hémisuccinate d'hydrocortisone, traitement du facteur déclenchant
Penser également au resucrage par sérum glucosé 10 % par voie IV. La dose d'hémisuccinate d'hydrocortisone à administrer en urgence est de 100 mg IM ou IV puis 200 mg/24 h. La recherche du facteur déclenchant impose la réalisation systématique d'un bilan infectieux exhaustif.

Question 7 – QCM

Réponse : A, C, D
Les causes tumorales d'insuffisance surrénale sont principalement les métastases, dont le primitif est le plus souvent pulmonaire ou ORL. Elles sont le plus souvent asymptomatiques.

Question 8 – QROC

Réponse : secret médical. Pas d'information à l'employeur

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	A, D, E	12
2	Insuffisance surrénalienne aiguë (10) périphérique (4)	14
3	B, E	12
4	Aucun examen ne doit retarder la prise en charge (6)	14
5	B, C, E	12
6	Remplissage vasculaire (3), hémisuccinate d'hydrocortisone (3), traitement du facteur déclenchant (2)	12
7	A, C, D	12
8	Secret médical (6). Pas d'information à l'employeur (6)	12
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 7 : Les droits individuels et collectifs du patient
item 243 : Insuffisance surrénale chez l'adulte et l'enfant
item 265 : Troubles de l'équilibre acido-basique et désordres hydroélectrolytiques
item 267 : Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant et chez l'adulte
item 337 : Malaise, perte de connaissance, crise comitiale chez l'adulte
item 343 : Insuffisance rénale aiguë – Anurie

Références :

Fiche de synthèse : voir p. 168.

Cas clinique 45 – mixte

Voyage

Question 1 – QROC

Réponse : Typhoïde, le plus probable. Paludisme. Hépatite virale A

Question 2 – QCM

Réponse : A, B, D E

La dissociation pouls–température (rythme cardiaque plus lent que prévu pour une fièvre à 40 °C) est très évocatrice de typhoïde. Il est également possible d'observer une angine dite de Duguet (proposition E).

Question 3 – QROC

Réponse : voie veineuse périphérique pour remplissage vasculaire. Antibiothérapie. En urgence sans attendre les résultats des examens complémentaires

L'antibiothérapie sera une C3G ou une fluoroquinolone, et devra être débutée en urgence dès les prélèvements réalisés.

Question 4 – QCM

Réponse : A, C E

Question 5 – QROC

Réponse : coproculture. Hémocultures précoces. Sérologie de Widal et Félix

Les hémocultures doivent être prélevées avant toute antibiothérapie, elles peuvent être positives surtout la première semaine. La coproculture est positive dans 40 % des cas, en particulier après le huitième jour d'évolution.

Question 6 – QROC

Réponse : perforation intestinale. Scanner abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste, en l'absence de contre-indications (insuffisance rénale ou allergie aux produits de contraste iodés)

Question 7 – QCM

Réponse : A

Question 8 – QROC

Réponse : Hygiène des mains. Hygiène alimentaire. Vaccination antityphoïde

Question 9 – QCM

Réponse : A, B, C, D

Grille d'évaluation

Nº	Réponses	Points
1	Typhoïde (4). Paludisme (4). Hépatite virale A (4)	12
2	A, B, D E	10
3	Remplissage vasculaire (6). Antibiothérapie (6)	12
4	A, C E	10
5	Coproculture (4). Hémocultures précoces (4). Sérologie de Widal et Félix (4)	12
6	Perforation intestinale (12)	12
7	A	10
8	Hygiène des mains (4), hygiène alimentaire (4), vaccination amtityphoïde (4)	12
9	A, B, C, D	10
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 168 : Parasitoses digestives : giardiose, amoebose, téniasis, ascaridiose, oxyurose

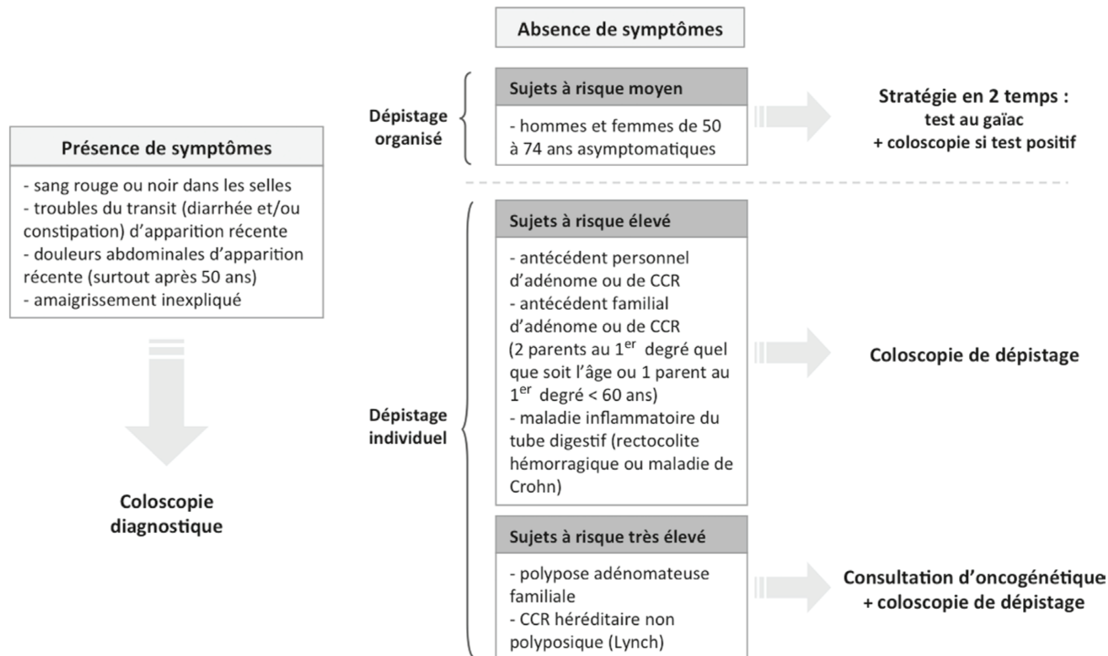
item 171 : Voyage en pays tropical de l'adulte et de l'enfant : conseils avant le départ, pathologies du retour : fièvre, diarrhée, manifestations cutanées

item 172 : Diarrhées infectieuses de l'adulte et de l'enfant

Fiche de synthèse : **voir p. 169.**

Fiche de synthèse du cas clinique 1

Dépistage du cancer colorectal



Fiche de synthèse du cas clinique 2

Pathologie hémorroïdaire

<table>
<tr><td colspan="2">Physiopathologie</td></tr>
<tr><td colspan="2">Hémorroïdes = formations vasculaires physiologiques situées au niveau :
– de la marge anale/sphincter externe : hémorroïdes externes (HE), sous-cutanées
– de la ligne pectinée/sphincter interne : hémorroïdes internes (HI), sous-muqueuses
Physiopathologie des pathologies hémorroïdaires :
facteurs mécaniques (dégradation/hyperlaxité du ligament de Parks) et vasculaires (congestion veineuse)
Facteurs favorisants :
effort de poussée (constipation/diarrhée, efforts physiques, toux chronique), grossesse/accouchement, obésité, HTP</td></tr>
<tr><td colspan="2">Diagnostic</td></tr>
<tr><td>Interrogatoire</td><td>Douleur anale :
– crise fluxionnaire : pesanteur, brûlures, prurit anal
– thrombose (HE +++) : douleur brutale, intense, permanente, non pulsatile
Rectorragies (HI +++)
Prolapsus hémorroïdaire (HI +++) : tuméfaction anale (4 grades) :
1) HI congestives non procidentes
2) procidence à la poussée et réintégration spontanée
3) procidence à la poussée et réintégration mais nécessitant une réduction digitale
4) procidence permanente non réductible</td></tr>
<tr><td>Examen physique</td><td>Inspection de la marge anale, anuscopie : tuméfaction rouge sombre, souple, avec plissement longitudinal ± extériorisée ; ferme et douloureuse si thrombose
Toucher anal, toucher rectal : sang, tonus sphinctérien, diagnostic différentiel (tumeur +++)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Prise en charge</td></tr>
<tr><td>Diagnostic</td><td>Coloscopie si :
– antécédents personnels et familiaux d'adénome ou de cancer colorectal ou de MICI
– âge > 40 ans
– signes d'alarme : association à une diarrhée, une douleur abdominale, une AEG.</td></tr>
<tr><td>Traitement ambulatoire</td><td>Thrombose :
– régularisation du transit +++ (RHD, laxatifs)
– traitement médical local : topiques locaux (antalgiques/corticoïdes)
– traitement médical per os : AINS, antalgiques (paracétamol)
– si thrombose très douloureuse (incision + évacuation en consultation)
Rectorragies :
– régularisation du transit +++ (RHD, laxatifs)
– topiques locaux (cicatrisants et lubrifiants)
– ± traitement médical per os : veinotoniques
Prolapsus :
– régularisation du transit +++ (RHD, laxatifs), perte de poids si IMC > 25 kg/m^2
– traitement instrumental : sclérose/photocoagulation infrarouge, ligature élastique (grades 1–2) ou chirurgical (grades 3–4)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Diagnostic différentiel</td></tr>
<tr><td colspan="2">Cancer de l'anus +++, condylome
Marisque (= « cicatrice » d'HE thrombosée)
Autres causes de douleurs anales : abcès, fissure anale, ulcérations d'IST
Autres causes de rectorragies : cancer colorectal, MICI</td></tr>
</table>

Fiche de synthèse du cas clinique 3

Agents responsables de TIAC

	Salmonelles mineures	***Staphylococcus aureus***	***Bacillus cereus***	***Clostridium perfringens***	**Histamine**
Mécanisme					
	Invasif	Entéro-toxinogène	Entéro-toxinogène	Entéro-toxinogène	Agent non infectieux
Durée d'incubation					
	12–36 h	1–6 h	1–18 h	8–12 h	15 min–2 h
Clinique					
Diarrhée	+++	±	++	+++	++
Nausées/ vomisssements	+	+++	++	–	–
Fièvre	++	–	±	–	–
Autres signes	Douleurs abdominales	Douleurs abdominales	Céphalées, abdominales	Douleurs abdominales	Flush, céphalées
Aliments à risque/source de la contamination					
	Œufs, viandes hachées	Produits laitiers, manuportage (panaris, gîte nasal…)	Riz préparé à l'avance (restaurants asiatiques)	Viandes en sauce	Poissons
Diagnostic microbiologique					
	Coproculture et/ou culture des aliments suspects	Culture des vomissures et/ou des aliments suspects et/ou des préparateurs, identification de la toxine	Culture des aliments suspects, identification de la toxine	Culture des aliments suspects	Dosage de l'histamine dans les aliments suspects

Remarque

Le traitement de la diarrhée aiguë consiste essentiellement en la correction ou la prévention de la déshydratation par apport oral ou IV (si déshydratation > 8 à 10 % poids, vomissements ++).

L'antibiothérapie n'est pas systématique. Elle a trois objectifs :

- diminuer l'intensité et la durée de la diarrhée ;
- réduire les risques de diffusion bactériémique sur certains terrains : âges extrêmes, déficit immunitaire, drépanocytose, prothèse cardiovasculaire ou ostéoarticulaire ;
- limiter l'intensité de l'excrétion fécale en phase aiguë (salmonelloses, shigelloses, infections à *Clostridum difficile*, choléra).

Par contre, aucune étude contrôlée n'a démontré l'intérêt de l'antibiothérapie pour réduire la durée du portage intestinal des salmonelles.

Indications pour diarrhées aiguës avec fièvre ± syndrome dysentérique ou sur terrain fragile :

- *Salmonella*, *Shigella* : fluoroquinolones ou azithromycine ou C3G ;
- *Campylobacter* : macrolides ou fluoroquinolones ;
- *Yersinia* : cyclines ou fluoroquinolones ou cotrimoxazole ;
- *Clostridium difficile* : métronidazole ou vancomycine per os.

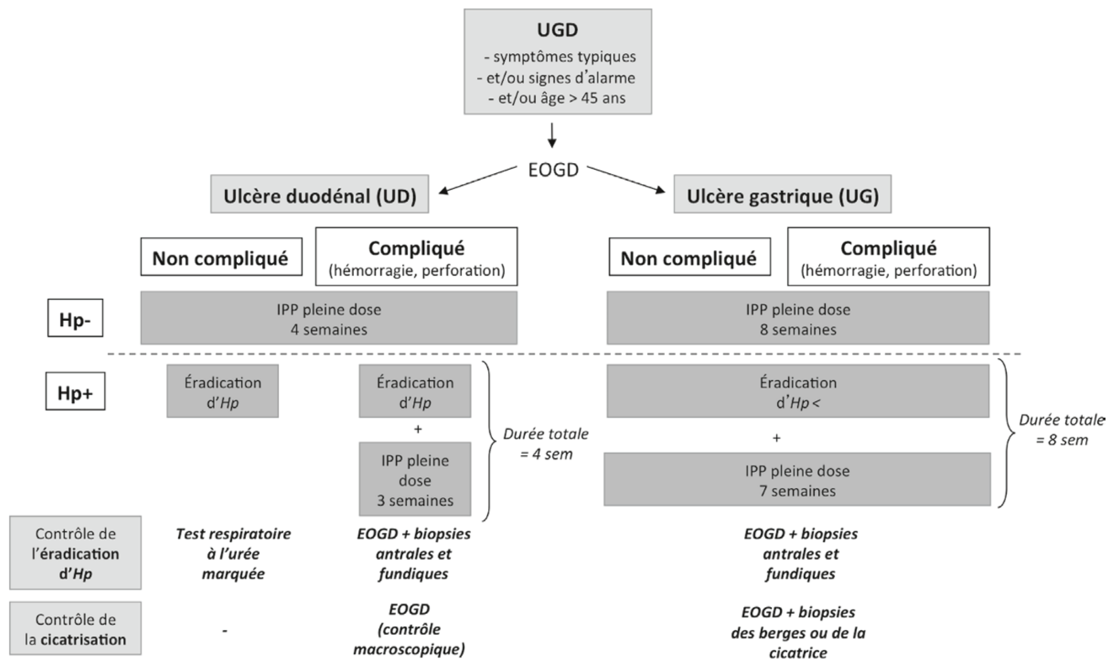
Fiche de synthèse du cas clinique 4

Éléments diagnostiques des MICI

	Maladie de Crohn	Rectocolite hémorragique
Topographie	Tout le tube digestif (de la bouche à l'anus) Iléon, côlon, anus +++	Rectum et côlon (extension ascendante)
Atteinte rectale	Inconstante	Constante
Atteinte anale	Oui (30 %)	Non
Macroscopie : distribution des lésions	– Segmentaires, discontinues – Hétérogènes – Transmurales	– Continues, sans intervalle de muqueuse saine – Homogènes, uniformes – Superficielles (ne dépassent pas la sous-muqueuse)
Paroi digestive	Épaissie, avec sclérolipomatose des mésos	Fine, fragile, saignant au moindre contact
Sténoses	Oui	Non
Fissures et fistules	Oui	Non
Histologie : granulomes tuberculoïdes	Oui (30–60 % des cas)	Non

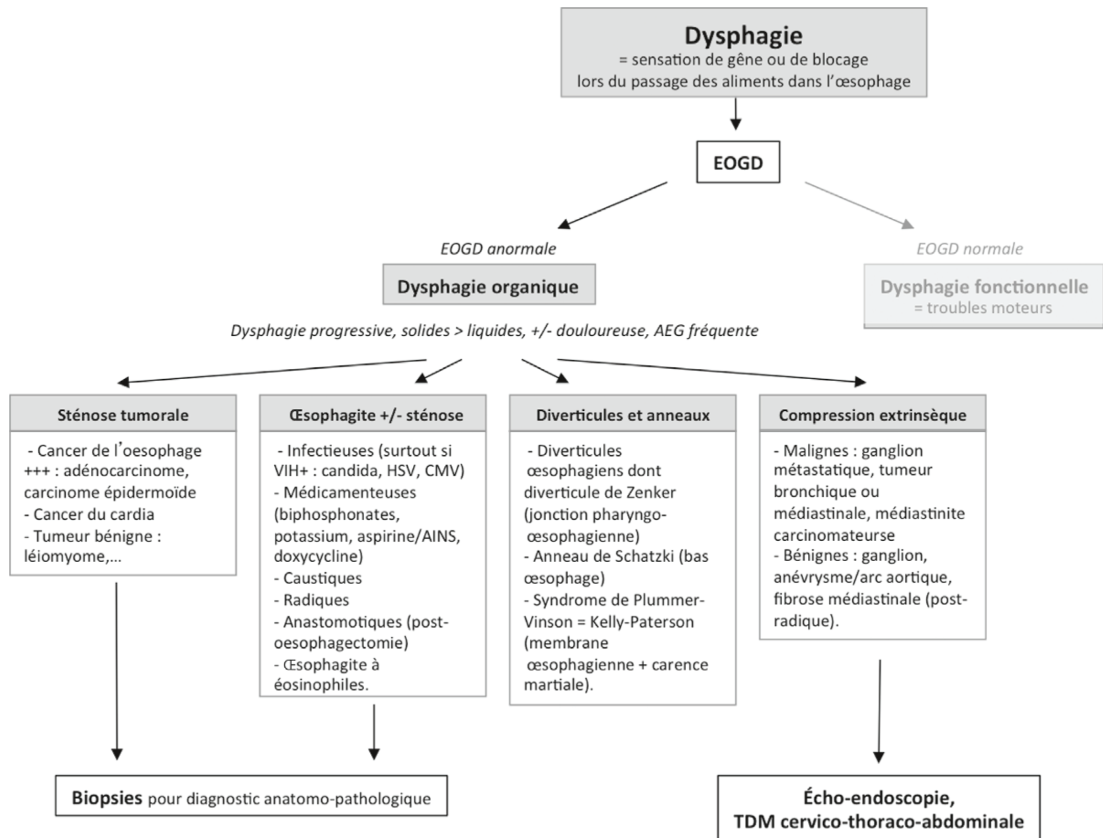
Fiche de synthèse du cas clinique 5

Prise en charge des ulcères gastroduodénaux



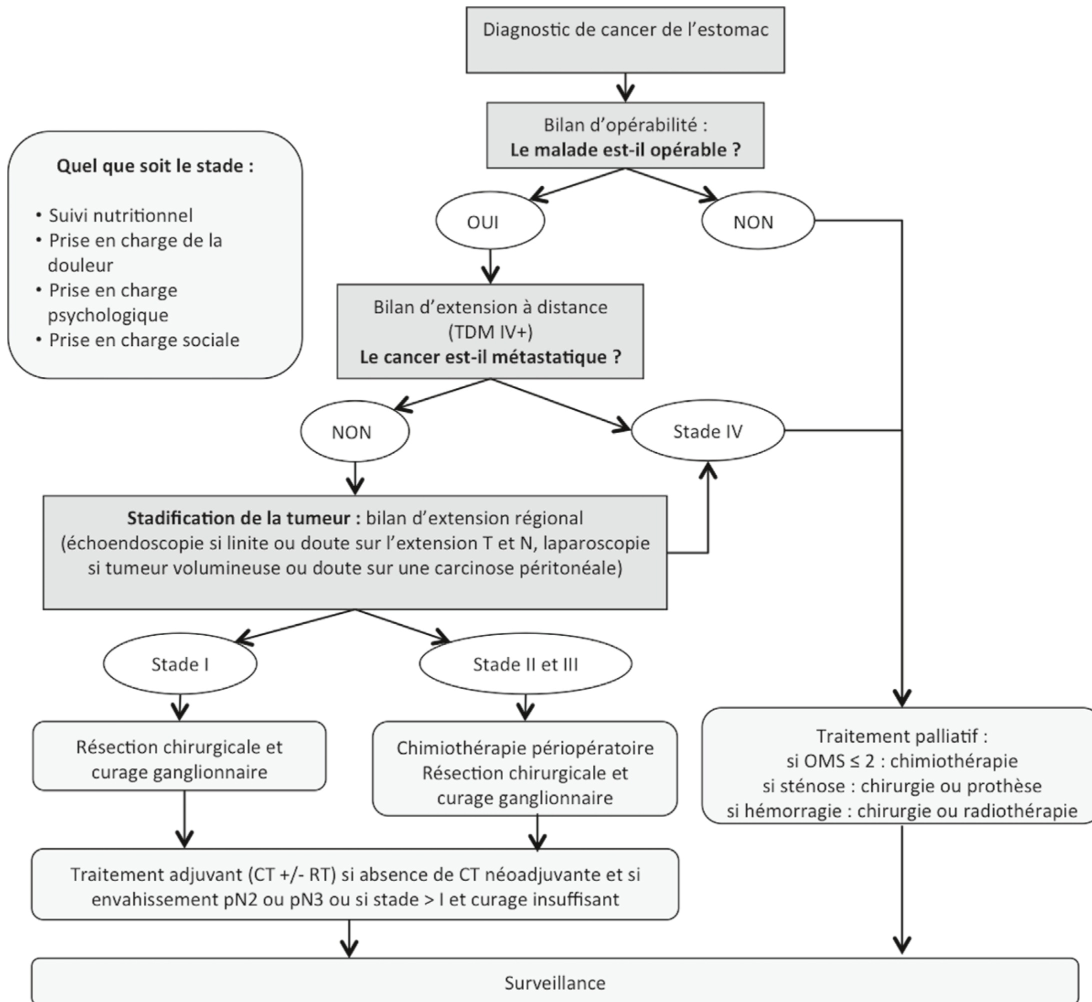
Fiche de synthèse du cas clinique 6

Dysphagies organiques



Fiche de synthèse du cas clinique 7

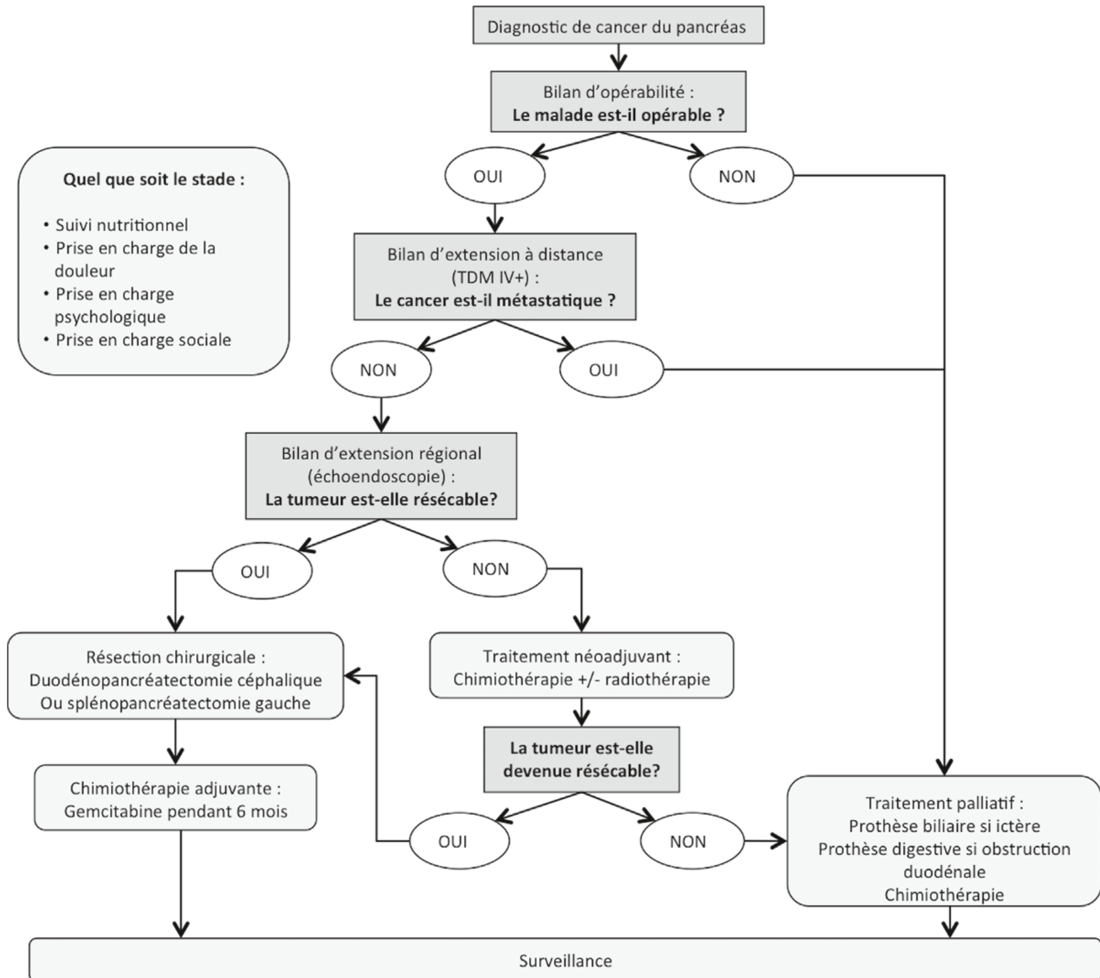
Prise en charge du cancer de l'estomac



Classification TNM	Stades UICC
T = tumeur primitive envahissant… Tis : la muqueuse T1 : la sous-muqueuse T2a : la musculeuse ; T2b : la sous-séreuse T3 : la séreuse T4 : les structures adjacentes **N = envahissement ganglionnaire (sur ≥ 15 gg) :** N1 : 1 à 6 adénopathies métastatiques N2 : 7 à 15 adénopathies métastatiques N3 : > 15 adénopathies métastatiques **M1 = métastases à distance**	**IA :** pT1N0M0 **IB :** pT1N1 ou pT2N0, M0 **II :** pT1N2 ou pT2N1 ou T3N0, M0 **III :** pT2N2 ou pT3N1-2 ou pT4N0, M0 **IV :** T4N1-2 M0 ou N3 ou M1

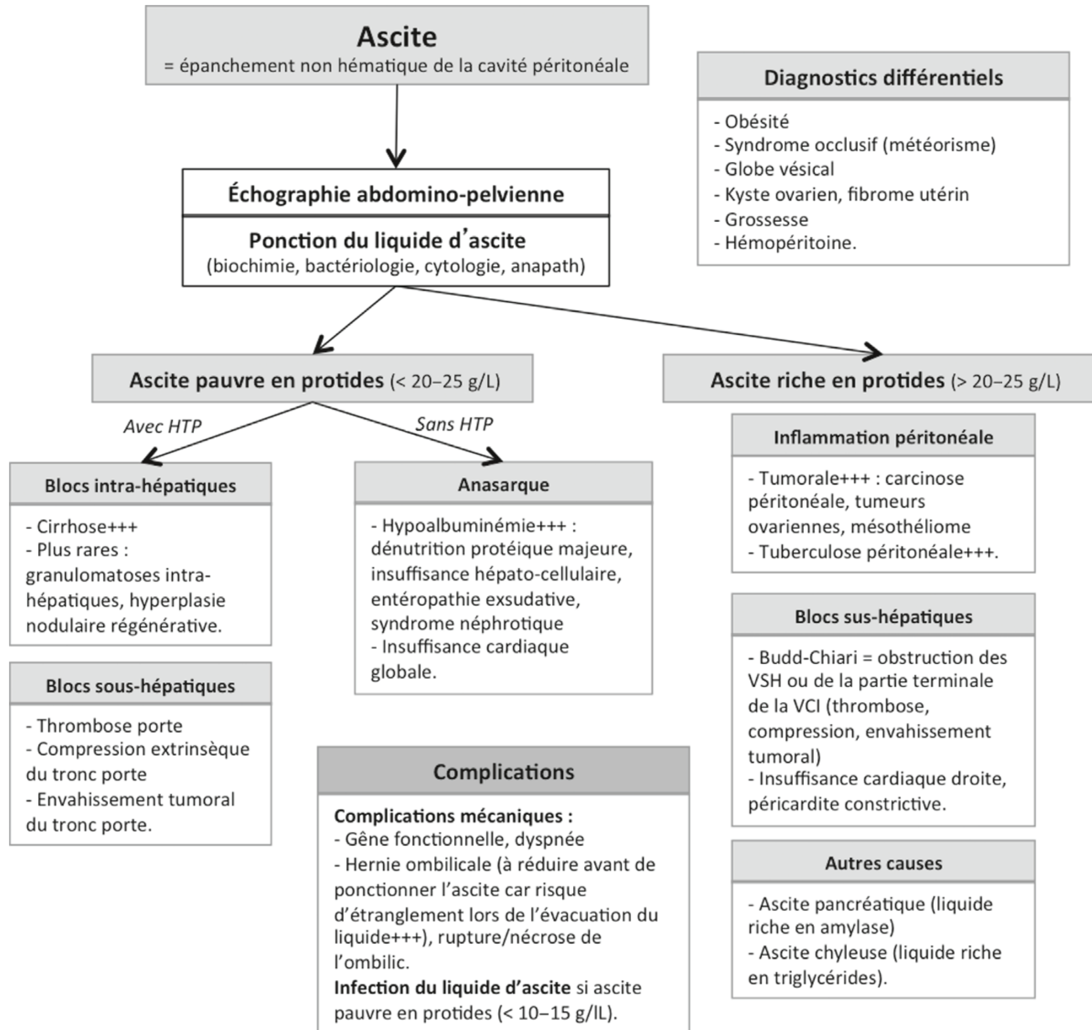
Fiche de synthèse du cas clinique 8

Prise en charge du cancer du pancréas



Fiche de synthèse du cas clinique 9

Démarche diagnostique devant une ascite



Fiche de synthèse du cas clinique 10

Causes d'hématémèse

Causes liées à l'hypertension portale	Causes non liées à l'hypertension portale
Œsophagiennes	
Rupture de varices œsophagiennes (VO) +++	– Syndrome de Mallory-Weiss (contexte de vomissements) – Œsophagite, ulcère de l'œsophage – Cancer de l'œsophage
Gastriques et duodénales	
– Rupture de varices cardiotubérositaires – Gastropathie d'HTP	– Ulcérations aiguës et ulcère gastriques ou duodénaux (UGD) (médicaments, gastrite par infection chronique à *H. pylori*) +++ – Ulcère de Dieulafoy – Cancer gastrique – Angiodysplasies
Autres	
Bilio-pancréatiques (ampullome vatérien, hémobilie, wirsungorragie), **extradigestives** (fistules aortodigestives sur anévrysme/prothèse)	

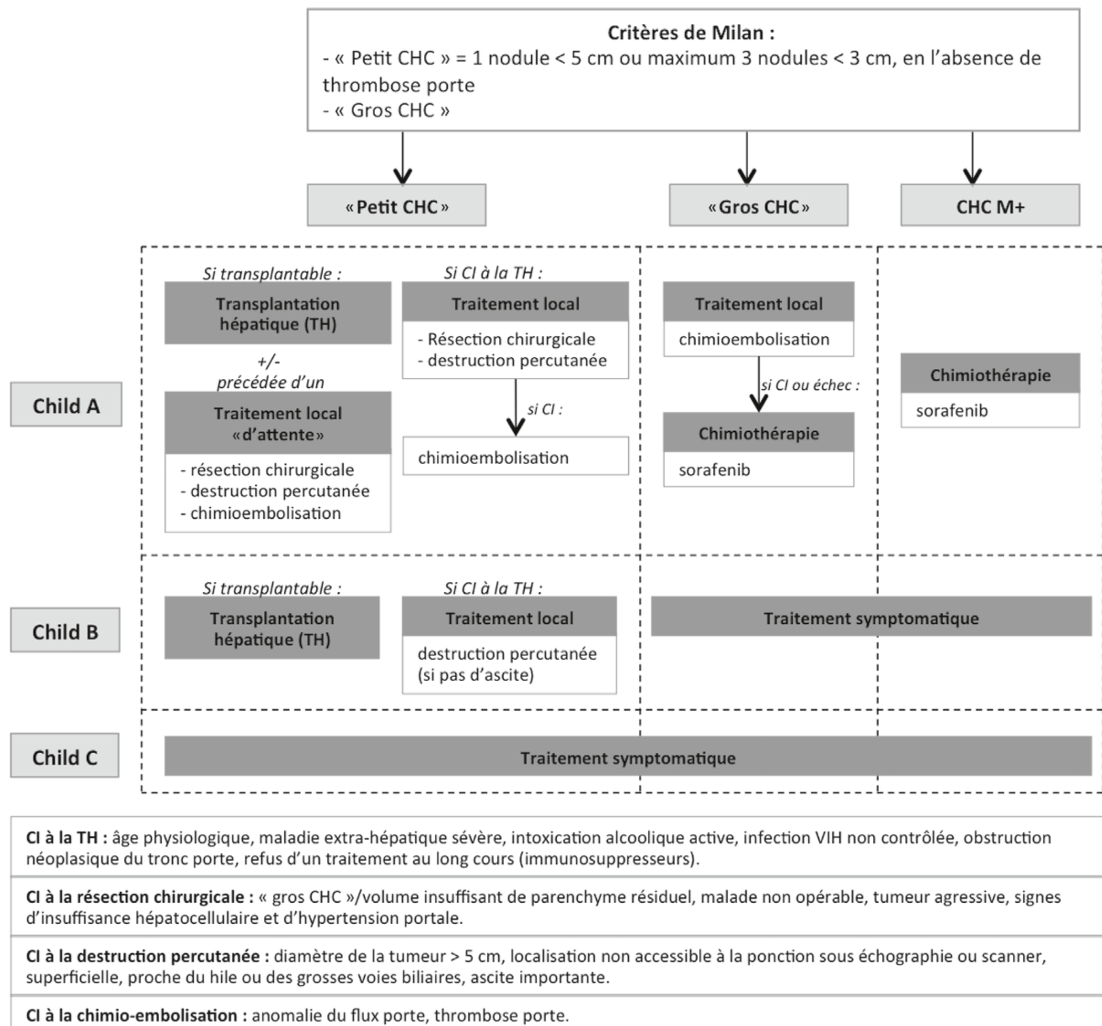
Fiche de synthèse du cas clinique 11

Néoplasies endocriniennes multiples

	NEM1	NEM2a	NEM2b
Gène muté	*ménine*	*RET exon 11*	*RET exon 16*
Atteintes	– Hyperparathyroïdie (hyperplasie des parathyroïdes) : **95–100 %** – Tumeur endocrine entéropancréatique (surtout gastrinome, non fonctionnelle, insulinome) : **45–75 %** – Tumeur antéhypophysaire (surtout à prolactine ou à GH) : **20–40 %** – Adénome corticosurrénalien (± fonctionnel) : **20–50 %** – Lésions cutanées (angiofibromes, lipomes) : **10–30 %** – Tumeur carcinoïde thymique/bronchique : **5 %**	– Cancer médullaire de la thyroïde : **100 %** – Phéochromocytome (+++ **recherche systématique**) : **60 %** – Hyperparathyroïdie (adénome ou hyperplasie) : **10–30 %** – Lichen cutané amyloïde – Maladie de Hirschprung	– Cancer médullaire de la thyroïde : **100 %** – Phéochromocytome (+++ **recherche systématique**) : **50 %** – Neurofibromatose (neuromes muqueux) – Aspect marfanoïde – Ganglioneuromatose (pseudo-Hirschprung)

Fiche de synthèse du cas clinique 12

Stratégie thérapeutique du carcinome hépatocellulaire



CI à la TH : âge physiologique, maladie extra-hépatique sévère, intoxication alcoolique active, infection VIH non contrôlée, obstruction néoplasique du tronc porte, refus d'un traitement au long cours (immunosuppresseurs).

CI à la résection chirurgicale : « gros CHC »/volume insuffisant de parenchyme résiduel, malade non opérable, tumeur agressive, signes d'insuffisance hépatocellulaire et d'hypertension portale.

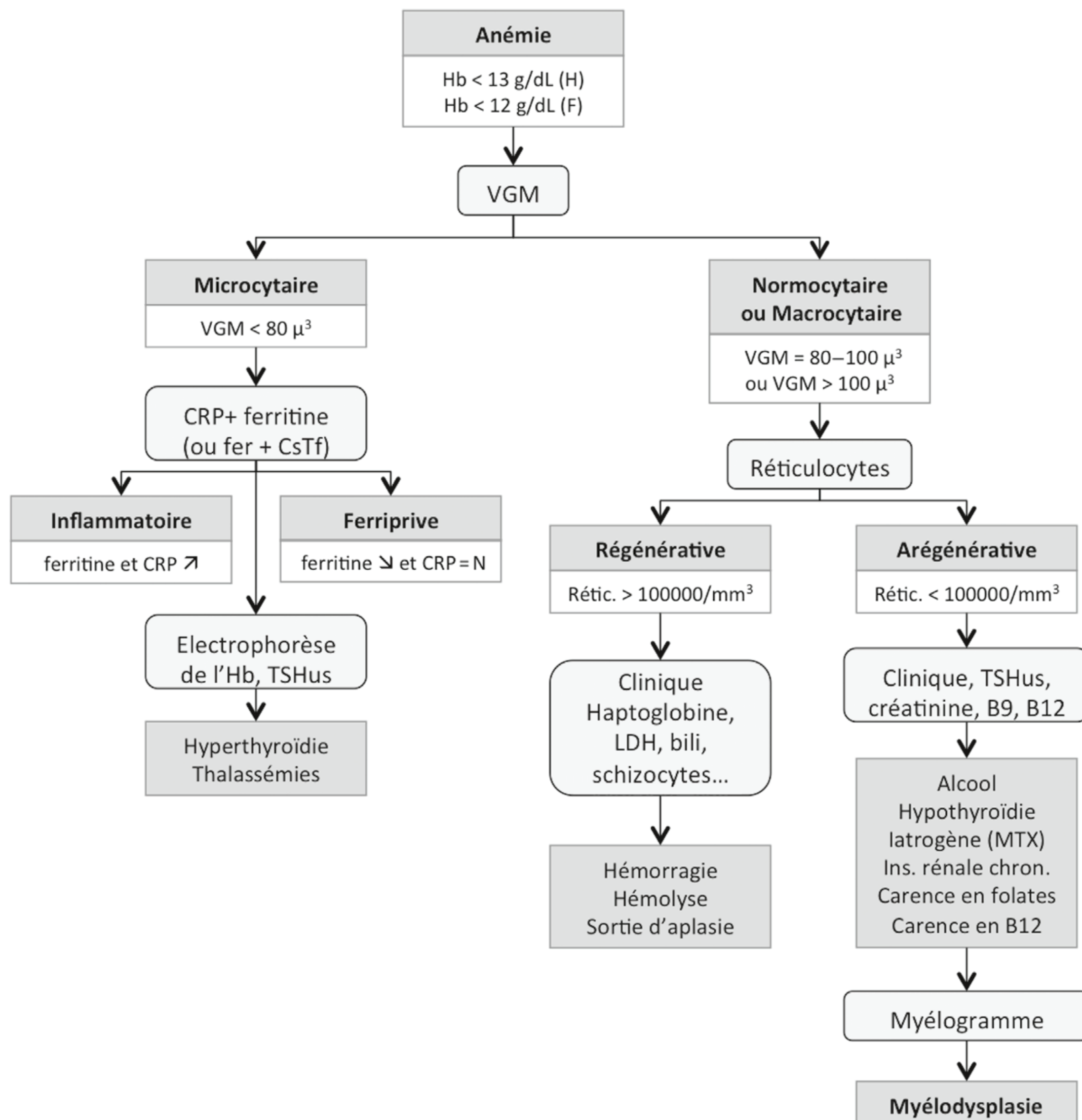
CI à la destruction percutanée : diamètre de la tumeur > 5 cm, localisation non accessible à la ponction sous échographie ou scanner, superficielle, proche du hile ou des grosses voies biliaires, ascite importante.

CI à la chimio-embolisation : anomalie du flux porte, thrombose porte.

Fiche de synthèse du cas clinique 13

Démarche diagnostique face à une anémie

Situations cliniques	Seuil transfusionnel	
	Anémie aiguë	**Anémie chronique**
	Anémie aiguë	Anémie chronique
Aucun antécédent particulier	7 g/dL	6 g/dL
Antécédent cardiovasculaire	8–9 g/dL	8 g/dL
Cardiopathie ischémique	10 g/dL	10 g/dL



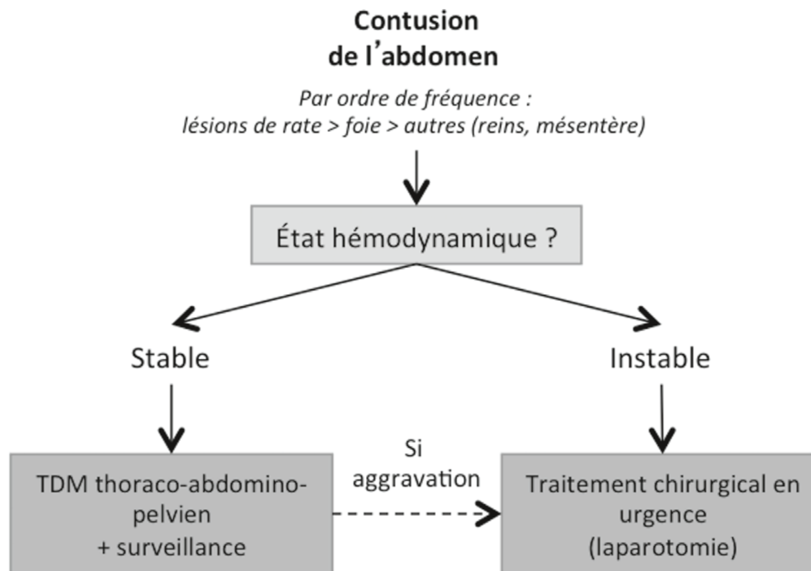
Fiche de synthèse du cas clinique 14

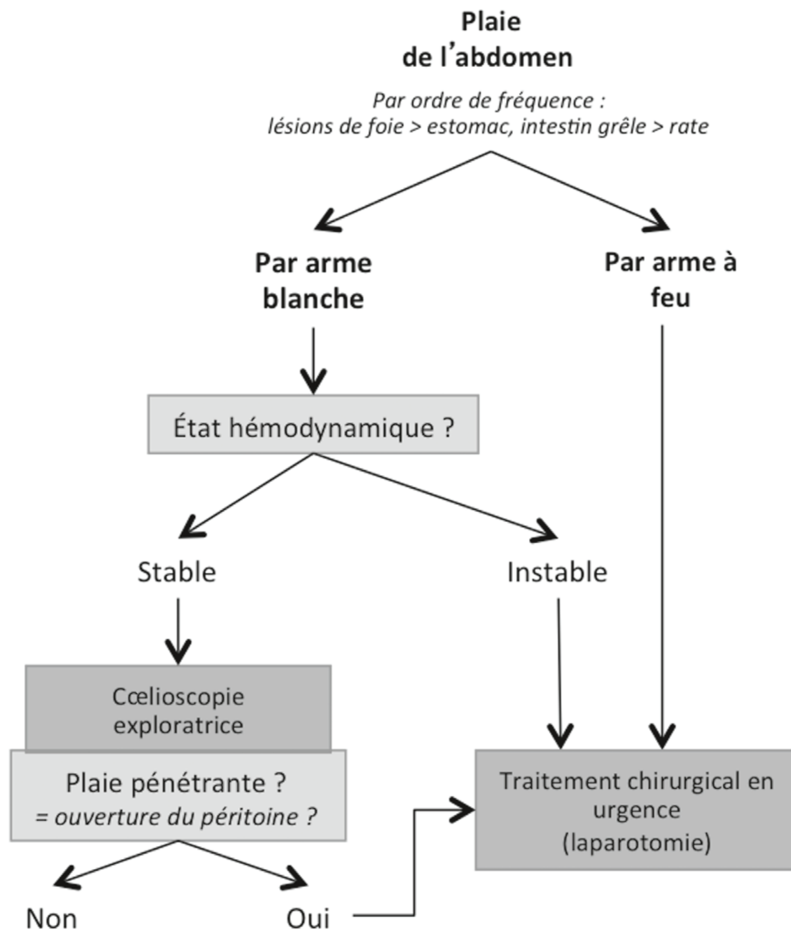
Maladies auto-immunes du foie

CBP	CSP	HAI
Cytolyse Transaminases > 5 N		
NON	NON	**OUI**
Cholestase PAL > 1,5 N et /ou GGT > 3 N		
OUI	**OUI**	NON
Voies biliaires Imagerie (bili-IRM)		
Normales	Anormales	Normales
Bilan immunolgique ANCA, AAN, Ac anti-tissus, EPP (électrophorèse des protides plasmatiques)		
Ac anti-mitochondries (anti-M2)	**± pANCA**	**AAN, anti-muscle lisse (anti-actine), anti-microsomes (LKM1)** et/ou élévation des IgG > 2 N
Traitement		
– Acide ursodésoxycholique (Ursolvan®) – Transplantation hépatique		Corticoïdes et immunosuppresseurs (azathioprine = Imurel®)

Fiche de synthèse du cas clinique 15

Traumatisme abdominal





Fiche de synthèse du cas clinique 16

Syndrome de l'intestin irritable

Critères de Rome III

Deux critères indispensables, communs aux troubles fonctionnels intestinaux :

- absence d'anomalie organique (anatomique/inflammatoire/métabolique/néoplasique) pouvant expliquer les symptômes ;
- critère chronologique : symptômes apparus depuis au moins 6 mois et persistants ou récidivants depuis plus de 3 mois.

Critères spécifiques au syndrome de l'intestin irritable

- Douleur abdominale ou inconfort digestif (sensation désagréable non douloureuse).
- Associée à au moins deux critères parmi :
  - amélioration par la défécation ;
  - modification de la fréquence des selles ;
  - modification de la consistance des selles (définissant trois sous-groupes : diarrhée prédominante ou constipation prédominante ou mixte).

Fiche de synthèse du cas clinique 17

Douleur de la fosse iliaque droite

- Causes digestives :
  - appendicite aiguë pelvienne ;
  - diverticulite de Meckel ou du côlon droit ;
  - iléite terminale (infectieuse, maladie de Crohn, tuberculose iléale, infection à *Yersinia pseudotuberculosis*) ;
  - tumeur du cæcum ou du grêle (lymphome) ± surinfectée, perforée ;
  - adénolymphite mésentérique ;
  - gastroentérite aiguë, TIAC.
- Causes gynécologiques :
  - GEU droite ;
  - salpingite aiguë droite ± pyosalpynx ;
  - torsion d'annexe, hémorragie intrakystique, rupture de kyste de l'ovaire droit.
- Causes urologiques :
  - lithiase (colique néphrétique droite) compliquée ou non ;
  - pyélonéphrite aiguë droite.
- Causes métaboliques :
  - acidocétose, insuffisance surrénale aiguë ;
  - hypercalcémie.

Fiche de synthèse du cas clinique 18

Syndrome occlusif

- Occlusion intestinale aiguë = interruption du transit intestinal normal.
- En préciser le siège (intestin grêle, côlon) et le mécanisme (obstruction, strangulation, fonctionnelle).
- Clinique = « **carré de l'occlusion** » : association de 1) douleurs abdominales, 2) nausées/vomissements, 3) arrêt des matières et des gaz, 4) météorisme abdominal.

Selon le siège

	Siège grêlique	**Siège colique**
Clinique		
Vomissements	Précoces	Tardifs, fécaloïdes
Arrêt du transit	Tardif, vidange des segments d'aval	Précoce
Météorisme	+, médian	+++, diffus
Biologie		
Troubles hydroélectrolytiques (3e secteur)	+++	+
Imagerie		
ASP debout*	NHA grêliques = plus larges que hauts, centraux, multiples, étagés	NHA coliques = plus hauts que larges, périphériques
ASP couché*	Valvules conniventes = plis fins, rapprochés, réguliers, parallèles, d'un bord à l'autre de la paroi	Haustrations coliques = plis épais, incomplets, espacés, irréguliers, en quinconce
Mécanisme le plus fréquent	Strangulation (bride +++)	Obstruction (CCR +++)

* N.B. : l'ASP n'est plus l'examen de première intention, c'est le scanner.

Selon le mécanisme

	Obstruction	**Strangulation**
Clinique		
Mode d'installation	Progressif	Brutal
Douleurs abdominales	Intensité modérée	Violente, intense
BHA à l'auscultation	Nombreux = signe de lutte	Silence sépulcral = signe de gravité

Principales étiologies

	Siège grêlique	**Siège colique**
Obstruction		
Obstacle intraluminal	Corps étrangers, bézoards Iléus biliaire Ascaridiose	Corps étrangers Fécalome +++
Obstacle pariétal	Tumeurs du grêle Hématome de paroi (AVK) Maladie de Crohn Sténose radique, ischémique	CCR +++ Pseudo-tumeur inflammatoire (*cf.* diverticulite sigmoïdienne) Maladie de Crohn

Compression extrinsèque	Tumeurs digestives (pancréas) Carcinose péritonéale, ganglions Endométriose, tumeurs utéro-ovariennes	Tumeurs, carcinose péritonéale
Strangulation		
Volvulus	Occlusion sur bride +++ Diverticule de Meckel	Volvulus du cæcum Volvulus du sigmoïde (dolichosigmoïde)
Incarcération	Hernie étranglée +++	–
Intussusception	Invagination intestinale aiguë	–
Fonctionnelle		
Iléus	Iléus réflexe : – foyer infectieux intra-abdominal : abcès, appendicite, diverticulite, cholécystite, péritonite – causes digestives non infectieuses : pancréatite aiguë +++ – causes extradigestives : globe urinaire, colique néphrétique, pyélonéphrite aiguë ; dissection aortique – causes métaboliques : hypercalcémie/hypokaliémie – iatrogène +++ : postopératoire, médicaments (morphiniques, neuroleptiques, diurétiques)	Syndrome d'Ogilvie

Complications

- **Locales :** colectasie/souffrance digestive, perforation (ischémie/nécrose locale ou diastatique en amont) avec pneumopéritoine, péritonite.
- **Générales :** déshydratation et troubles ioniques (3e secteur), choc septique (translocation).

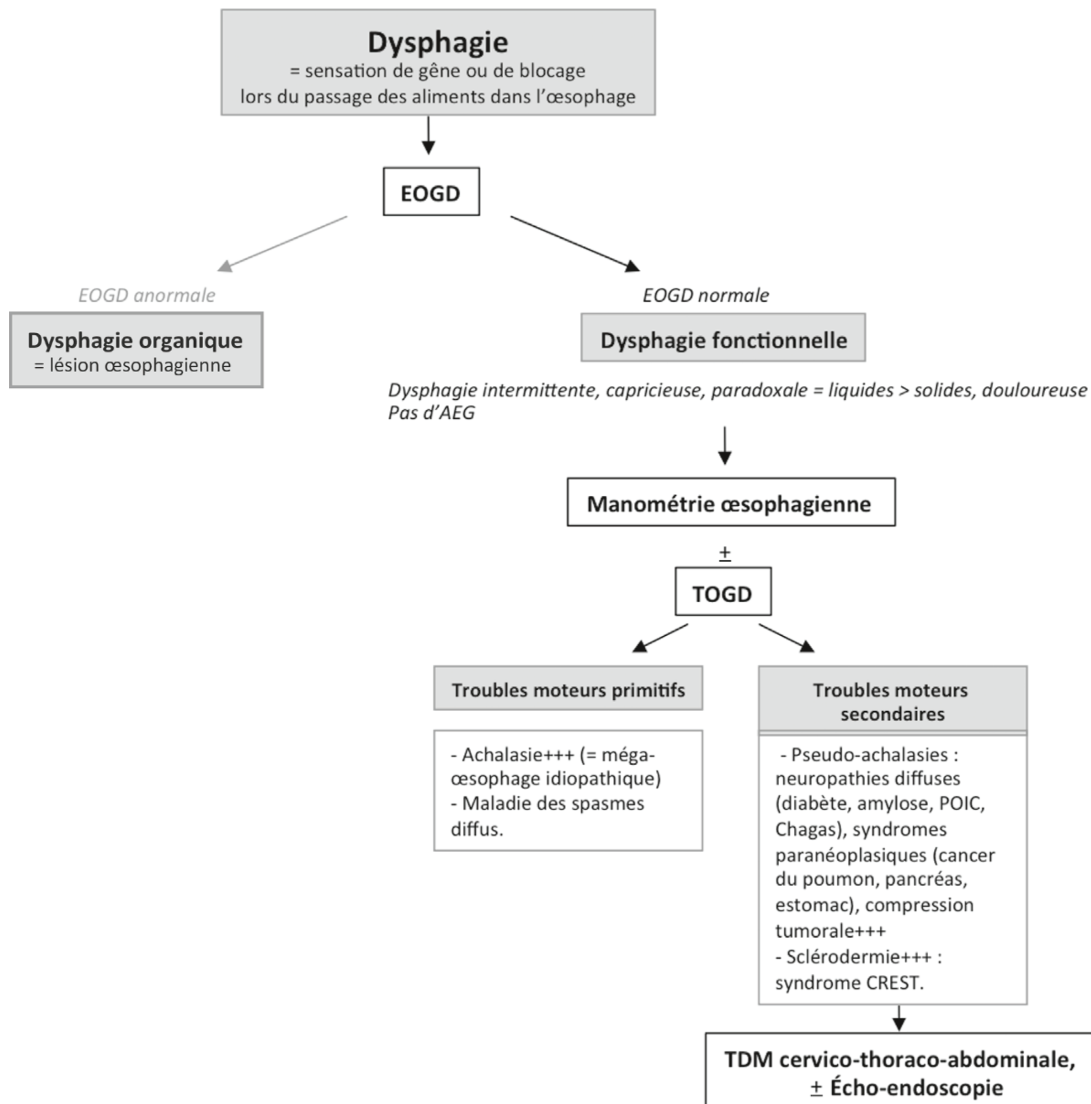
Fiche de synthèse du cas clinique 19

Moyens diagnostiques dans le cadre de l'infection liée à *H. pylori*

<table>
<tr><th></th><th>Diagnostic initial</th><th>Contrôle de l'éradication (6 semaines après l'arrêt du traitement)</th></tr>
<tr><td>Ulcère duodénal non compliqué</td><td rowspan="2">EOGD avec biopsies pour test rapide à l'uréase, examen histologique et mise en culture</td><td>Test respiratoire à l'urée marquée C-13 (± EOGD avec biopsies si échec du traitement)</td></tr>
<tr><td>Ulcère gastrique non compliqué</td><td rowspan="2">EOGD avec biopsies pour test rapide à l'uréase, examen histologique et mise en culture (± antibiogramme si échec du traitement)</td></tr>
<tr><td>UGD compliqué (hémorragie, perforation)</td><td>– Sérologie ELISA (Ac IgG anti-Hp)
– À distance du contexte d'urgence : EOGD avec biopsies</td></tr>
</table>

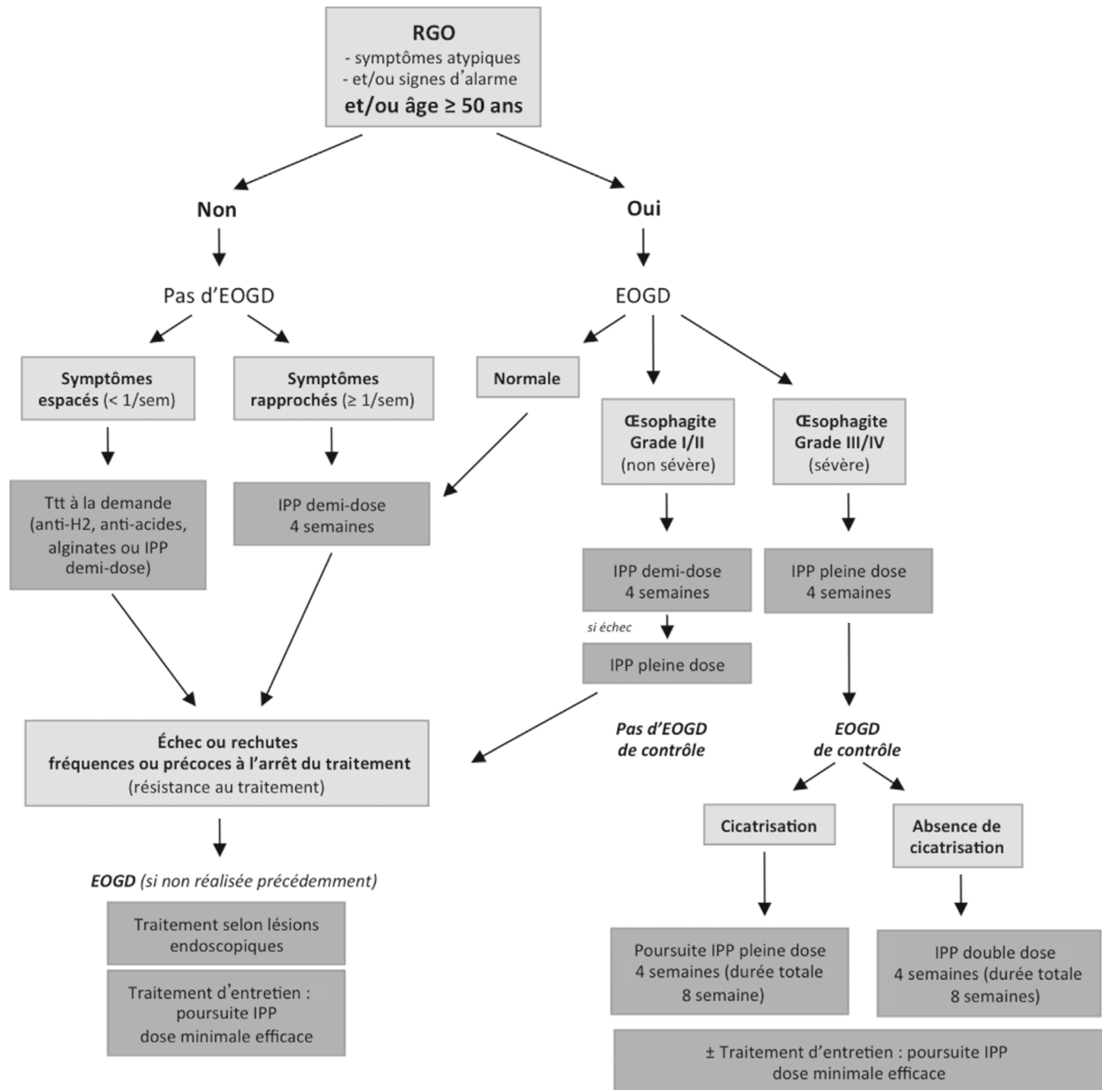
Fiche de synthèse du cas clinique 20

Démarche diagnostique devant une dysphagie à endoscopie œsogastroduodénale (EOGD) normale



Fiche de synthèse du cas clinique 21

Prise en charge du reflux gastro-œsophagien



Fiche de synthèse du cas clinique 22

Critères de dénutrition (d'après la HAS, 2007)

	Avant 70 ans		Après 70 ans	
	Dénutrition	**Dénutrition sévère**	**Dénutrition**	**Dénutrition sévère**
Perte de poids en 6 mois	≥ 10 %	≥ 15 %	≥ 10 %	≥ 15 %
Perte de poids en 1 mois	≥ 5 %	≥ 10 %	≥ 5 %	≥ 10 %
IMC	≤ 18	≤ 16	< 21	< 18
Albuminémie	< 30 g/L	< 20 g/L	< 35 g/L	< 30 g/L
Préalbuminémie	< 0,11 g/L	< 0,05 g/L	< 0,11 g/L	< 0,05 g/L

Fiche de synthèse du cas clinique 23

Évaluation de la gravité d'une pancréatite aiguë : scores de Ranson et Balthazar

Score de Balthazar : scanner abdomino-pelvien sans et avec injection de produit de contraste 48 h après le début des douleurs

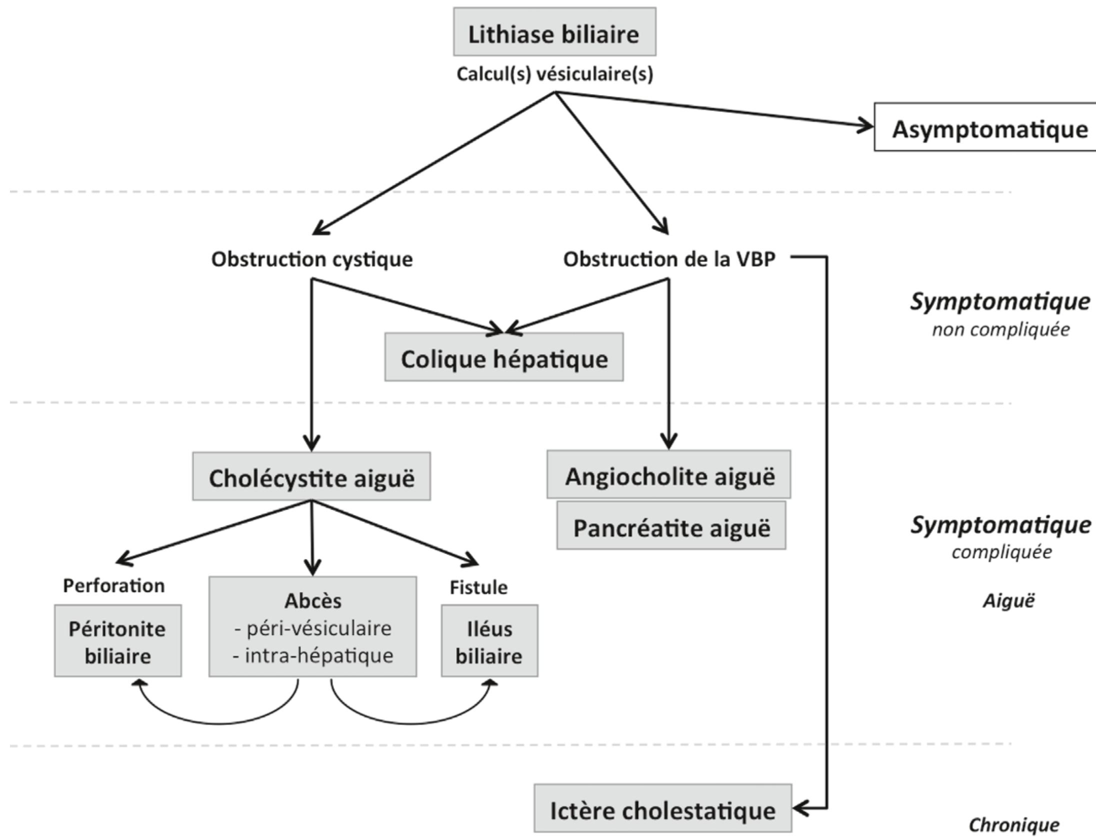
Inflammation pancréatique et péripancréatique (TDM sans injection)	**Nécrose pancréatique = défaut de rehaussement du parenchyme pancréatique (TDM avec injection)**
Pancréas normal **(0 pt)** Élargissement focal ou diffus du pancréas **(1 pt)** Pancréas hétérogène + densification de la graisse péripancréatique **(2 pts)** 1 coulée de nécrose péripancréatique **(3 pts)** ≥ 2 coulées ou bulles de gaz au sein d'une coulée **(4 pts)**	Pas de nécrose **(0 pt)** Nécrose < 30 % **(2 pts)** Nécrose = 30–50 % **(4 pts)** Nécrose > 50 % **(6 pts)**
Score = total des 2 colonnes	**Mortalité (%)**
0–3 4–6 7–10	3 6 17
Un score de Balthazar ≥ 4 signe une pancréatite aiguë grave	

Score de Ranson : score clinico-biologique (à l'admission et à 48 h)

À h0	**À h48**
– Glycémie > 11 mmol/L – Âge > 55 ans – Leucocytes > 16 G/L – LDH > 1,5 N – ASAT > 6 N	– Chute des bicarbonates depuis h0 > 4 mmol/L – PaO_2 < 60 mm Hg – Élévation de l'urémie depuis h0 > 1,8 mmol/L – Calcémie < 2 mmol/L – Chute de l'hématocrite depuis h0 > 10 % – 3e secteur estimé > 6 L (volume qu'il a fallu perfuser depuis l'admission pour maintenir une stabilité hémodynamique)
Un score de Ranson ≥ 3 signe une pancréatite aiguë grave	

Fiche de synthèse du cas clinique 24

Complications de la lithiase biliaire



Fiche de synthèse du cas clinique 25

Démarche diagnostique des pathologies biliaires

	Colique hépatique	Cholécystite aiguë	Angiocholite aiguë
Douleur biliaire	< 6 heures	> 6 heures	> 6 heures ± douleur associée de pancréatite aiguë
Fièvre	Non	Oui	Oui
Ictère	Non	Non (sauf si syndrome de Mirrizzi ou lithiase de la VBP associée)	Oui (triade douleur + fièvre + ictère en moins de 48 h)
Palpation abdominale	– Signe de Murphy – Normale au décours	– Défense de l'HCD – Grosse vésicule	Douleur provoquée à la palpation de l'HCD
NFS	Normale	Hyperleucocytose à PNN	Hyperleucocytose à PNN
Bilan hépatique	Normal	Normal (sauf si syndrome de Mirrizzi ou lithiase de la VBP associée)	Cholestase + cytolyse
Échographie abdominale	– Calcul(s) vésiculaire(s) – Vésicule normale	– Calcul(s) vésiculaire(s) ± sludge – Vésicule anormale – Murphy échographique – Complications : plastron/abcès périvésiculaire, fistule	– Signes « indirect » : dilatation des VBIH/VBEH – Signe « direct » : calcul VBP – Argument étiologique : calcul(s) vésiculaire(s) ± sludge – Complications : abcès intra-hépatique, pancréatite aiguë
Diagnostics différentiels	– RGO atypique, œsophagite, cancer de l'œsophage – UGD, gastrite, cancer de l'estomac – Pancréatite aiguë/ chronique, cancer du pancréas – Colique néphrétique droite – Angor mésentérique – Angor d'effort (territoire inférieur)	– UGD compliqué (perforé) – Pancréatite aiguë – Appendicite aiguë sous-hépatique – Péri-hépatite aiguë à *Chlamydia trachomatis* (Fitz-Hugh-Curtis) – Hépatite aiguë virale ou alcoolique – Colique néphrétique droite compliquée, pyélonéphrite aiguë – Syndrome coronaire aigu, péricardite – Pneumonie aiguë de la base droite, pleurésie purulente, embolie pulmonaire droite	– *Cf.* ictère cholestatique – Hépatites aiguës

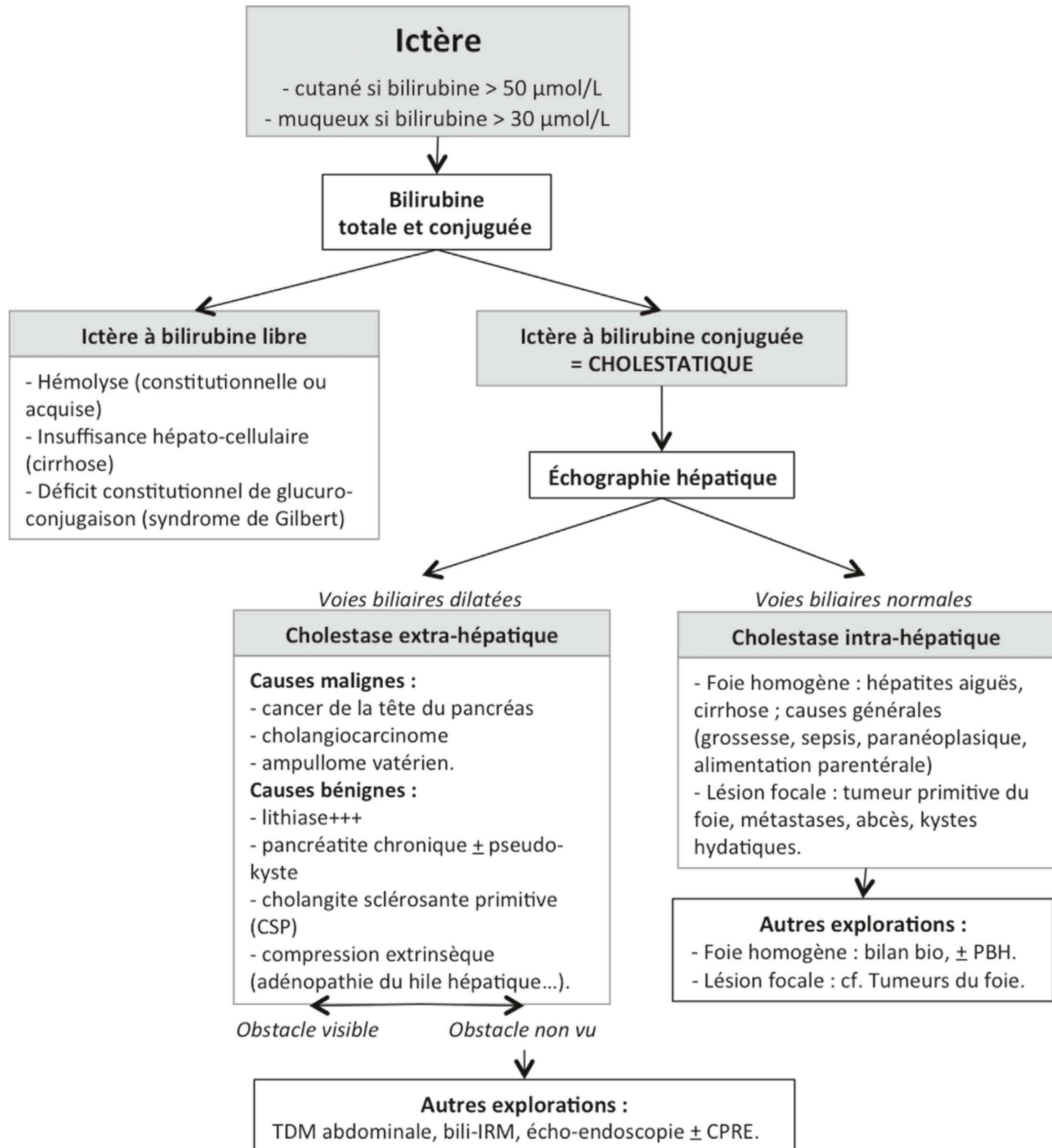
Fiche de synthèse du cas clinique 26

Stades de l'hémochromatose génétique

<table>
<tr><th></th><th>Stade 0</th><th>Stade I</th><th>Stade II</th><th>Stade III</th><th>Stade IV</th></tr>
<tr><td>Critères diagnostiques</td><td>– Présence de la mutation C282Y
– Cs-Tf < 45 %</td><td>– Cs-Tf > 45 %
– Ferritine N</td><td>– Cs-Tf > 45 %
– Ferritine > 300 (H) ou > 200 (F)</td><td>Idem + atteintes pouvant altérer la qualité de vie</td><td>Idem + atteintes pouvant compromettre le pronostic vital</td></tr>
<tr><td>Signes cliniques possibles</td><td colspan="3">Aucun</td><td>– Asthénie
– Impuissance
– Arthropathies
– Diabète
– Hépatopathie non cirrhotique
– Troubles du rythme cardiaque
– Mélanodermie</td><td>– Cirrhose
– CHC
– Diabète insulino-réquérant
– Insuffisance cardiaque</td></tr>
<tr><td>Bilan à pratiquer</td><td colspan="2">Aucun</td><td colspan="3">– Pancréatique : glycémie à jeun
– Hépatique : transaminases, échographie
– Cardiaque : échographie (stades III–IV)
– Gonadique : testostéronémie (H)
– Osseux : ostéodensitométrie (si cofacteurs d'ostéoporose)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Traitement</td><td colspan="2" rowspan="2">Aucun</td><td colspan="3">– Traitement déplétif par saignées (sans dépasser 550 mL et 7 mg/kg par saignée)
– Phase d'induction hebdomadaire (objectif ferritine < 50 µg/L)
– Phase d'entretien tous les 2 à 4 mois (objectif ferritine < 50 µg/L)</td></tr>
<tr><td colspan="3">+ traitement des complications pour les stades III et IV</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Suivi</td><td rowspan="2">Tous les 3 ans :
– interrogatoire clinique
– ferritinémie
– Cs-Tf</td><td rowspan="2">Tous les ans :
– interrogatoire
– clinique
– ferritinémie
– Cs-Tf</td><td colspan="3">– Contrôle mensuel de la ferritinémie jusqu'au seuil de 300 µg/L (H) ou 200 µg/L (F). En dessous : contrôle toutes les 2 saignées
– Contrôle de l'Hb 1 semaine avant chaque saignée</td></tr>
<tr><td colspan="3">+ suivi des complications (cirrhose, diabète…) pour les stades III et IV</td></tr>
</table>

Fiche de synthèse du cas clinique 27

Démarche diagnostique devant un ictère



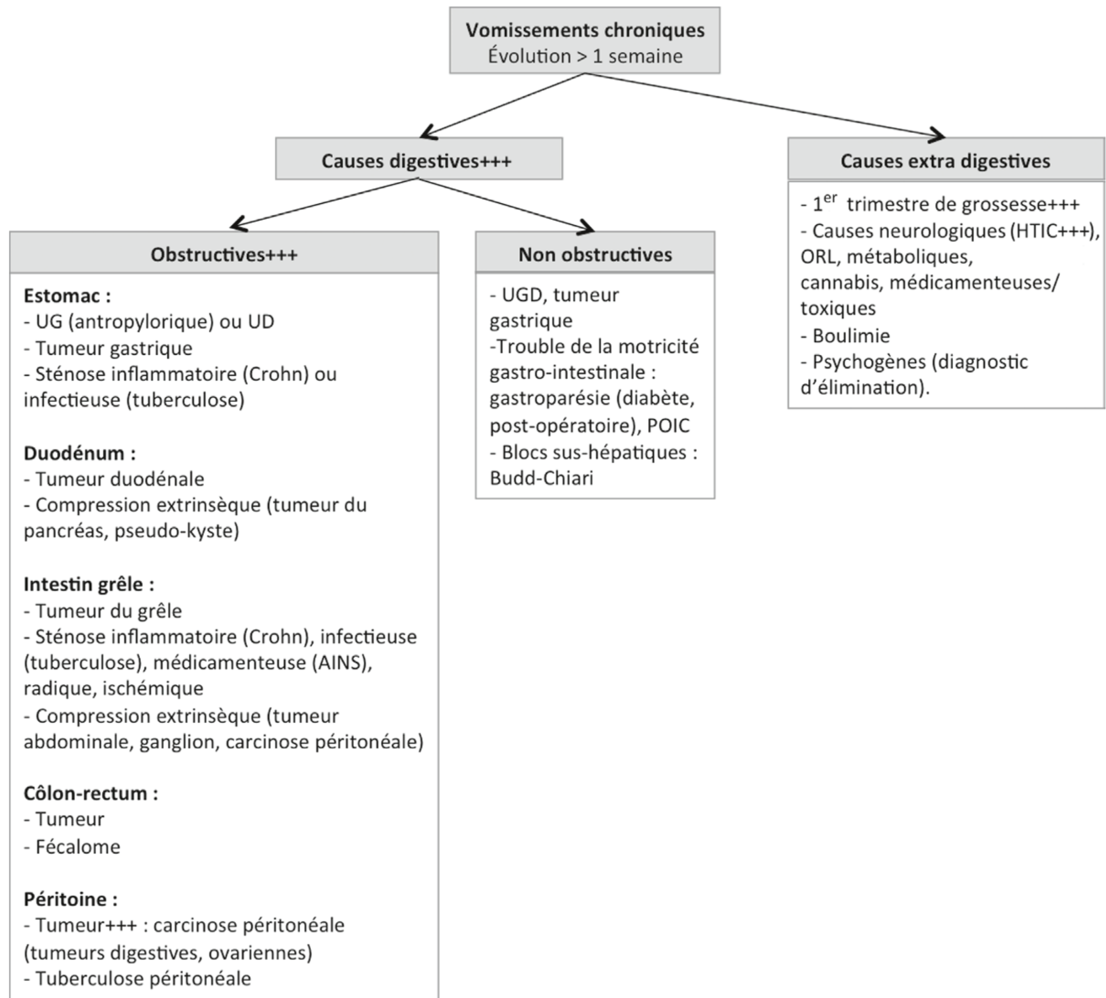
Fiche de synthèse du cas clinique 28

Hépatotoxicité des antituberculeux

Définition	ALAT > 3 à 5 N
Clinique	– Souvent asymptomatique – Ictère, asthénie, nausées/vomissements – Jusqu'à l'insuffisance hépatique aiguë (IHA) grave (EH)
Incidence	– 2 à 28 % des patients sous multithérapie – Insuffisance hépatique aiguë (IHA) grave = 0,01 %
Facteurs de risque	– Posologies élevées/poids – Démographiques : âge > 60 ans, sexe féminin – Pharmacogénétique – Hépatopathie préexistante : VHB (dont portage inactif), VHC – Dénutrition – Infection par le VIH – Hépatotoxiques : alcool, paracétamol, fluconazole, antirétroviraux
Médicaments responsables	– Isoniazide : mécanisme toxique dose-dépendant (± immuno-allergique) – Pyrazinamide : mécanisme immuno-allergique dose-dépendant – Rifampicine : inducteur enzymatique = potentialisateur
Prévention	– Prescription par médecin expérimenté – Vérifier l'adaptation des doses au poids – Si anomalie du bilan hépatique préthérapeutique : contre-indication du pyrazinamide – Surveillance hépatique : 2 fois/semaine à S1-S2, puis toutes les 2 semaines à M1-M2, puis tous les mois – Éviction des hépatotoxiques (paracétamol, OH) – Consulter si symptômes évocateurs d'hépatotoxicité + faire BHC
Traitement	1. Si ALAT > 5 N ou > 3 N + symptômes : tout arrêter ! 2. Attendre que les transaminases redeviennent < 2 N 3. Réintroduire : – risque de récidive : 14 à 24 % – pas de reprise du pyrazinamide – reprise prudente de l'isoniazide – alternatives : quinolones, aminosides – durée totale prolongée si arrêt d'un des trois antituberculeux bactéricides (INH, PZA, RIF)

Fiche de synthèse du cas clinique 29

Vomissements chroniques



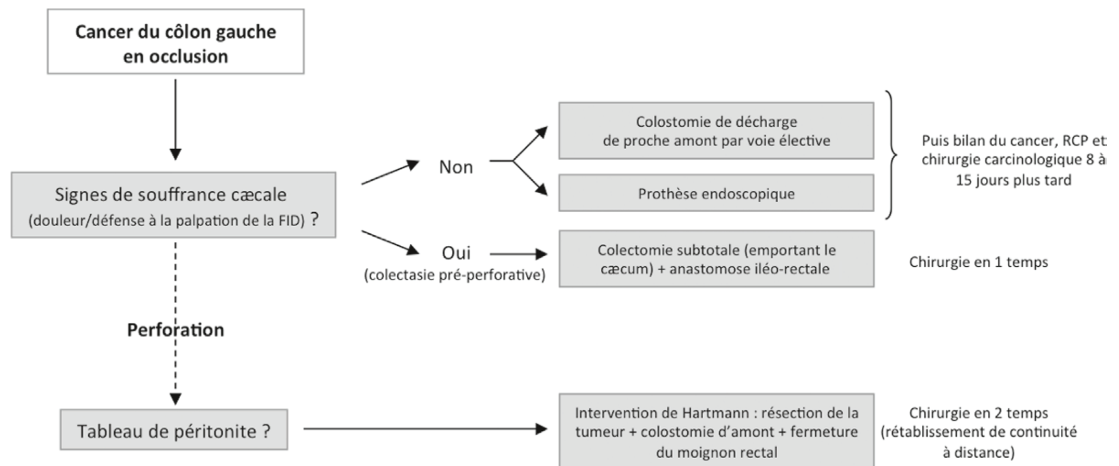
Fiche de synthèse du cas clinique 30

Causes de cirrhose

Causes de cirrhose	Arguments diagnostiques
Causes fréquentes	
Consommation excessive d'alcool	Antécédents d'alcoolisme, rapport ASAT/ALAT $\geq$ 2, hépatite alcoolique histologique
Hépatite chronique B	Présence de l'Ac anti-HBc, Ag HBs
Hépatite chronique C	Présence de l'Ac anti-VHC, présence d'ARN du VHC par PCR dans le sérum
Stéatopathie non alcoolique	Surcharge pondérale, syndrome métabolique, données histologiques
Causes rares	
Hépatite chronique B-delta	Présence de l'Ag HBs et d'ARN du virus D dans le sérum
Cirrhose biliaire primitive	Ac anti-mitochondries de type M2, données histologiques
Cholangite sclérosante primitive	Cholangite diffuse en imagerie (bili-IRM ou cholangiographie rétrograde), colite inflammatoire associée
Cirrhose biliaire secondaire	Antécédent d'obstacle prolongé sur les voies biliaires
Hépatite auto-immune	Présence d'Ac anti-tissus à un titre élevé, hypergammaglobulinémie, données histologiques
Hémochromatose génétique	Coefficient de saturation de la transferrine > 60 %, hyperferritinémie, mutation homozygote C282Y du gène *HFE*
Syndrome de Budd-Chiari	Obstruction des veines hépatiques en imagerie, affection prothrombotique
Causes très rares	
Maladie de Wilson	Céruloplasmine abaissée, anneau de Kayser-Fleischer, cuprurie élevée, tests génétiques
Déficit en α-1-antitrypsine	Taux d'α-1-antitrypsine effondré, anomalies pulmonaires associées

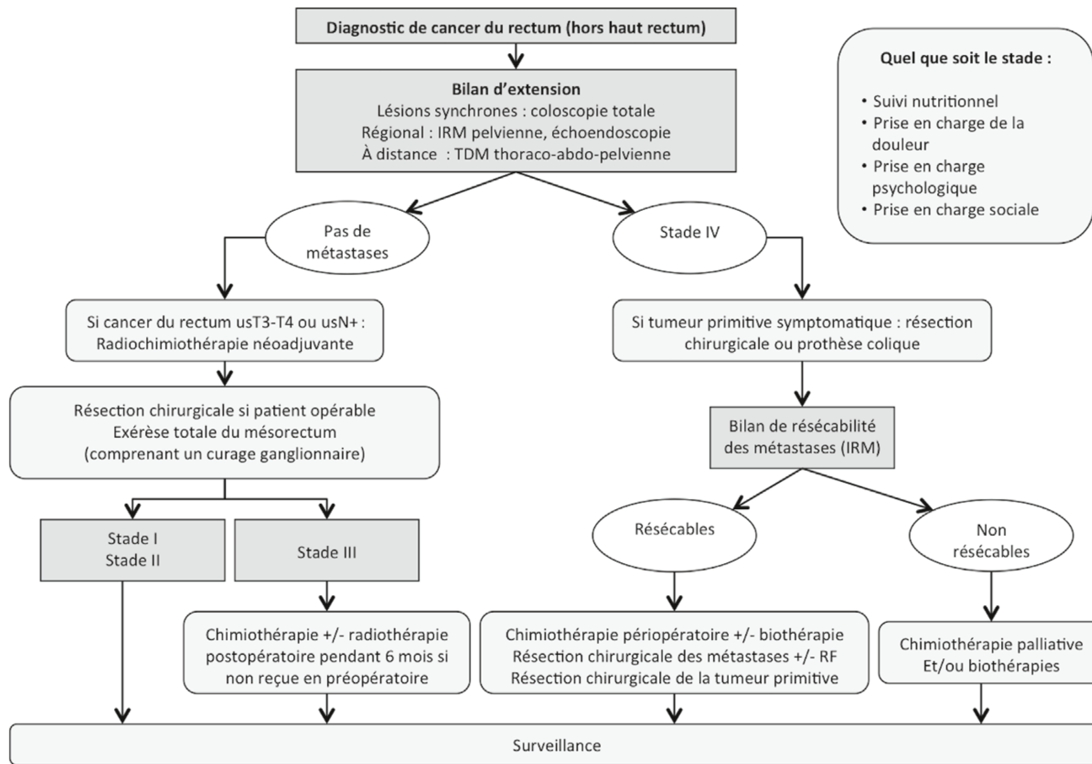
Fiche de synthèse du cas clinique 31

Cancer colorectal en occlusion



Fiche de synthèse du cas clinique 32

Prise en charge du cancer colorectal (sans la surveillance)



Classification TNM	Stades UICC
T = tumeur primitive envahissant… Tis : la muqueuse T1 : la sous-muqueuse T2 : la musculeuse T3 : la sous-séreuse T4a : la séreuse T4b : les organes de voisinage **N = envahissement ganglionnaire (sur ≥ 12 gg)** N1 : 1 à 3 adénopathies métastatiques N2 : > 3 adénopathies métastatiques **M1 = métastases à distance**	**I :** pT1-T2 N0 M0 **II A :** pT3 N0 M0 **II B :** pT4 N0 M0 ou perforation **III A :** pT1-T2 N + M0 **III B :** pT3-T4 N + M0 **IV :** M1

Fiche de synthèse du cas clinique 33

Aspect endoscopique des MICI

Rectocolite hémorragique

- En poussée (figure A) : lésions comportant disparition de la trame vasculaire, saignement intramuqueux et ulcérations superficielles sur 25 cm au-dessus de la ligne pectinée.
- À distance de la poussée, après 2 mois de traitement (figure B) : amélioration des lésions, persistance d'une disparition de la trame vasculaire (sans hémorragie ni érosions ou ulcérations).
- 2 ans plus tard, nouvelle poussée, sévère (figure C) : disparition de la trame vasculaire, muqueuse spontanément hémorragique avec ulcérations profondes.
- 13 ans après le début des premiers signes (figure D) : masse bourgeonnante, saignant au contact, siégeant au sein d'une muqueuse œdémateuse et érythémateuse. Cancer du moyen rectum.

Maladie de Crohn

- En poussée, lésions discontinues : aspect érythémateux, nodulaire, fragile (figure E), érythème en plaques (figure F), ulcérations aphtoïdes et superficielles (figure G), ulcérations longitudinales en rail (figure H), large ulcération profonde (figure I).
- À distance, lésions cicatricielles : pseudo-polypes (figure J).

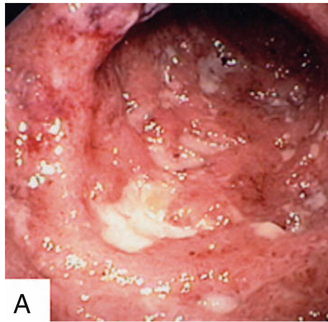


Figure A.

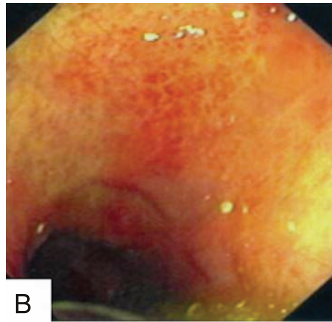


Figure B.

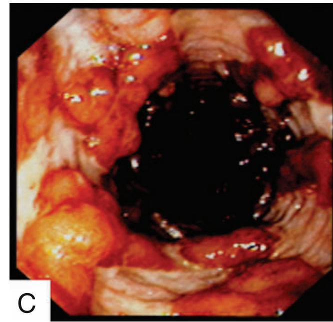


Figure C.

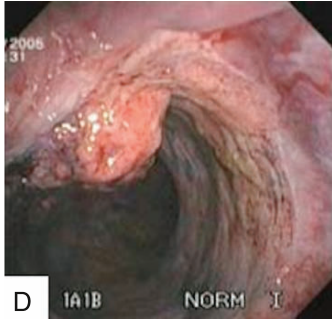


Figure D.

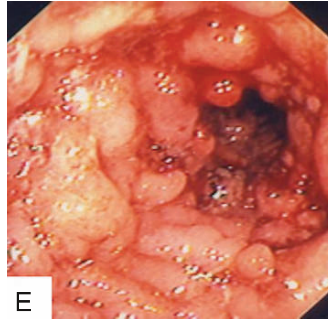


Figure E.

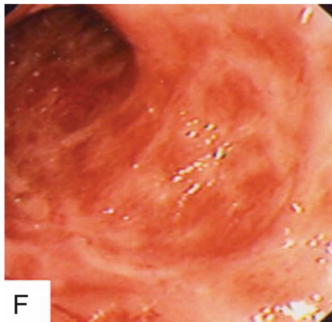


Figure F.

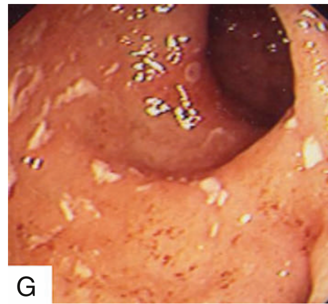


Figure G.

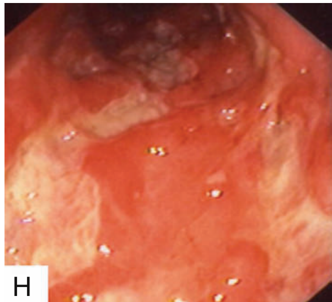


Figure H.

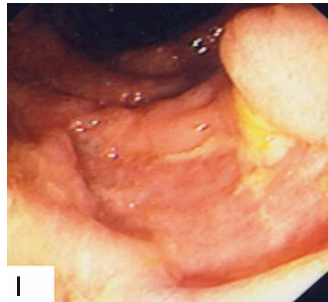


Figure I.

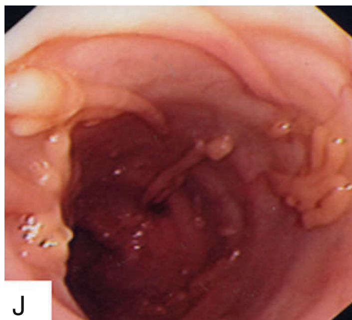


Figure J.

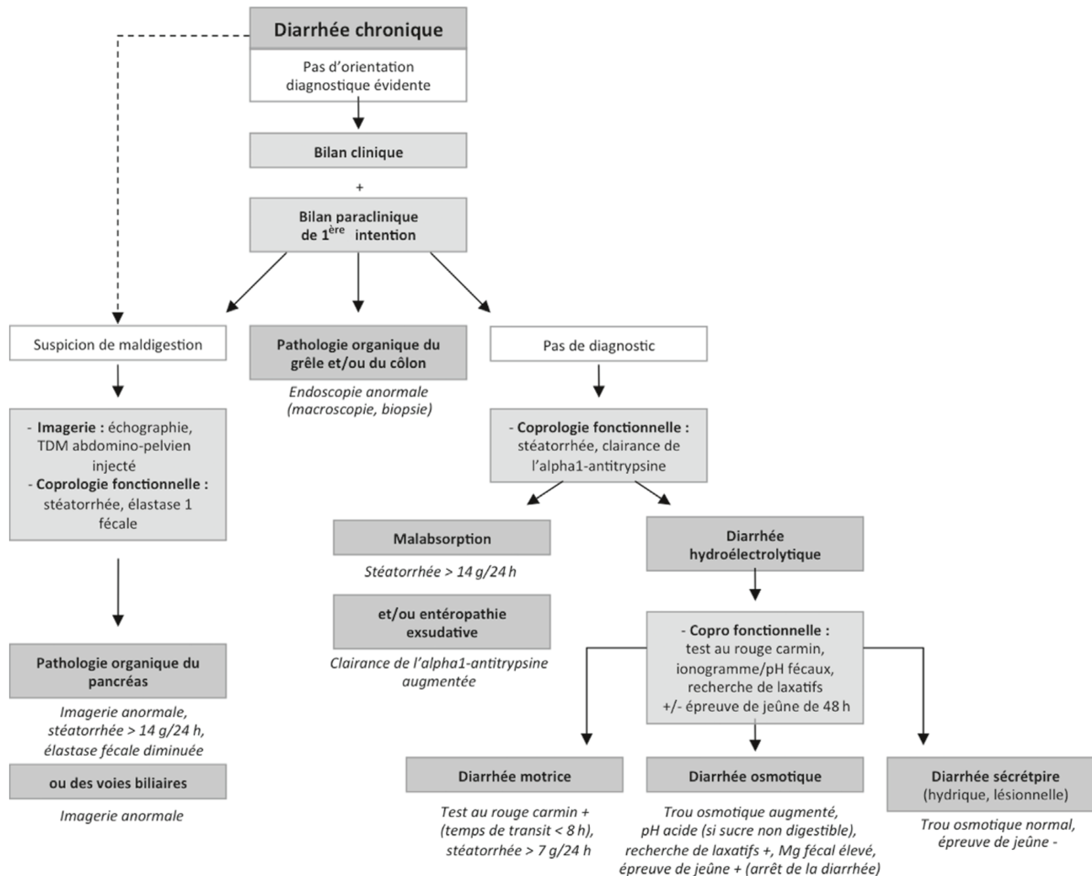
Fiche de synthèse du cas clinique 34

Abcès anal, fistule anale

Physiopathologie	– Infection d'une glande de Hermann et Desfosses dont l'abouchement se situe au niveau d'une crypte de la ligne pectinée (= orifice primaire interne de la fistule) ; ± ouverture à la peau (= orifice secondaire externe de la fistule) ; trajet fistuleux ± complexe – Facteurs favorisants : diabète, immunodépression
Interrogatoire	Douleur anale : intense, permanente, pulsatile, non rythmée par les selles Fièvre/frissons
Examen physique	– Inspection de la marge anale, toucher anal : tuméfaction sous-cutanée inflammatoire, rouge, chaude, douloureuse ; ± orifice secondaire cutané – Toucher rectal : voussure latérale douloureuse, écoulement purulent, orifice primaire – Palpation des aires ganglionnaires : recherche adénopathies inguinales
Examens complémentaires	– Bilan préopératoire : NFS-plaquettes, hémostase (TP-TCA), Groupe ABO-Rhésus-RAI – Recherche de facteurs favorisants : glycémie à jeun, sérologie VIH (accord du patient) si facteurs de risque
Traitement	– Hospitalisation en urgence en milieu chirurgical – À jeun, bilan préopératoire et consultation d'anesthésie – Traitement symptomatique : antalgiques IV – Traitement chirurgical : incision de l'abcès, prélèvements bactériologiques ; traitement de la fistule avec drainage du trajet fistuleux – Pas de traitement antibiotique (inutile) – Pansements tous les 2 jours jusqu'à cicatrisation – Surveillance clinique
Diagnostic différentiel	– Maladie de Crohn +++ à localisation ano-périnéale – Sinus pilonidal infecté – Maladie de Verneuil – Furoncles, kystes périnéaux

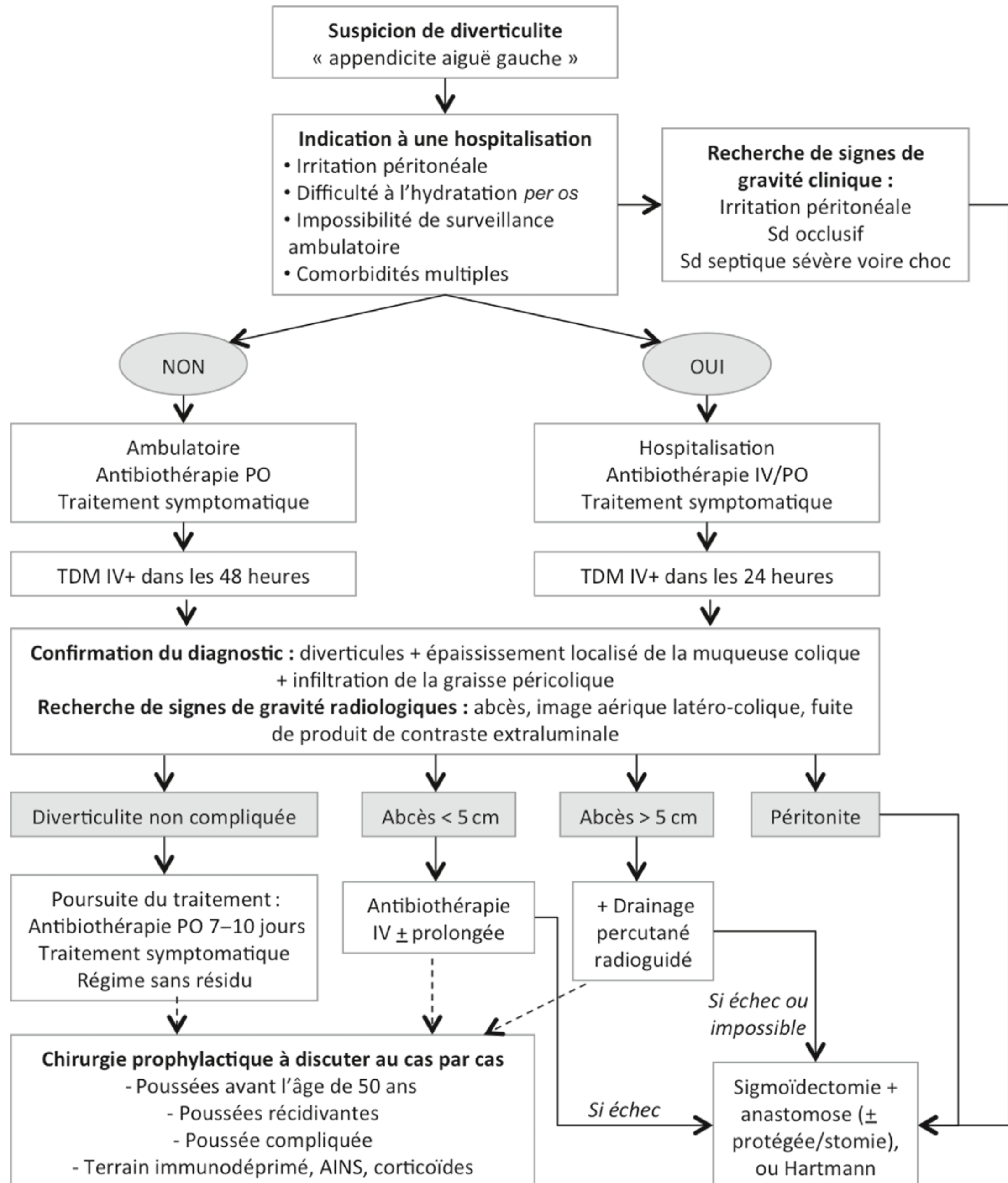
Fiche de synthèse du cas clinique 35

Démarche diagnostique devant une diarrhée chronique (symptômes évoluant depuis plus de 4 semaines)



Fiche de synthèse du cas clinique 36

Prise en charge d'une diverticulite sigmoïdienne



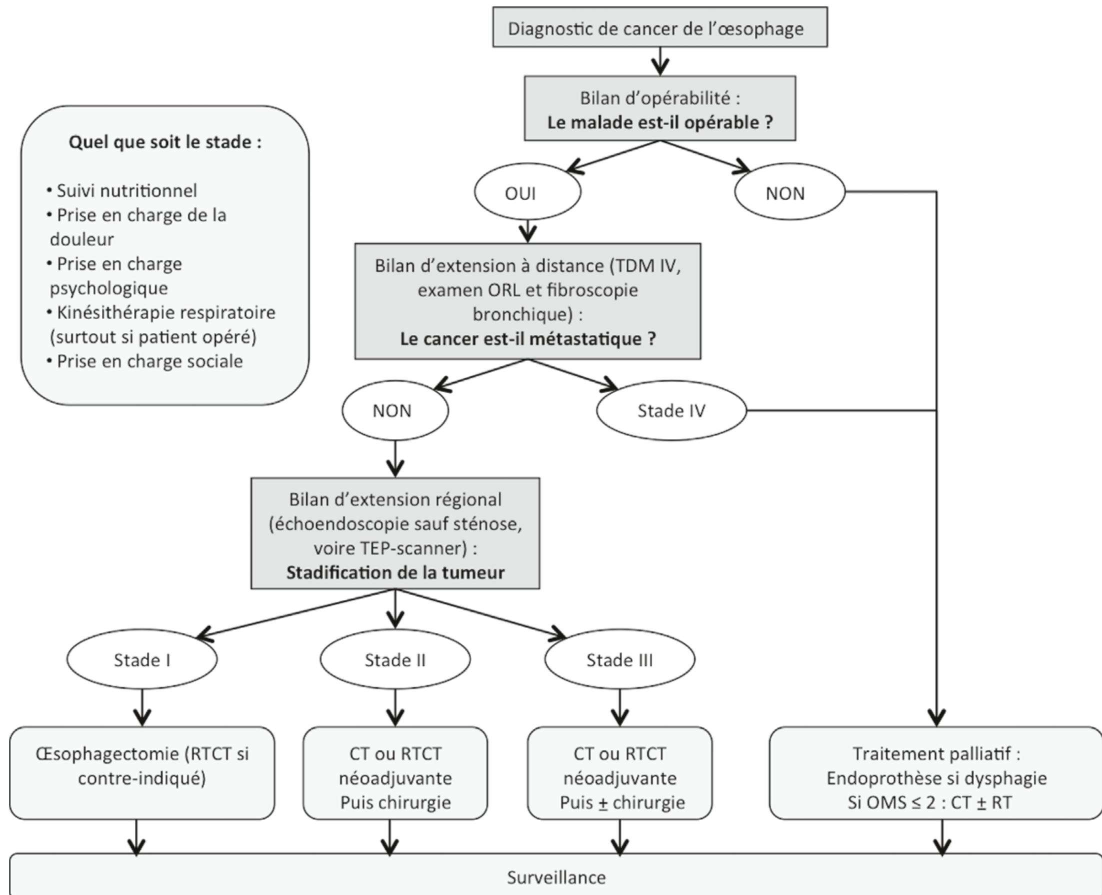
Fiche de synthèse du cas clinique 37

Ponction-biopsie hépatique (PBH)

Contre-indications de la PBH	Complications de la PBH
– Non-coopération du malade – Troubles de l'hémostase (voie transpariétale) : TP < 50 %, Plaquettes < 50 000/mm^3, traitement anticoagulant ou anti-agrégant – Lésion hypervasculaire – Kyste hydatique – Suspicion d'amylose – Ascite abondante – Dilatation des voies biliaires ou des veines hépatiques	– Fréquentes mais non ou peu graves : • malaise vagal • douleur • hématome au point de ponction • fistule artérioveineuse – Rares mais potentiellement graves : • pneumothorax • choléthorax ou cholépéritoine • hémorragie intrapéritonéale • hémobilie

Fiche de synthèse du cas clinique 38

Prise en charge du cancer de l'œsophage (sans la surveillance)



Classification TNM	Stades UICC
T = tumeur primitive envahissant… Tis : la muqueuse T1 : la lamina propria ou la sous-muqueuse T2 : la musculeuse T3 : l'adventice T4 : les structures adjacentes **N1 = atteinte d'adénopathies régionales** – ganglions cœliaques : toujours cotés M – ganglions cervicaux : M pour les cancers de l'œsophage autres que cervical **M1 = métastases à distance**	**I :** pT1 N0 M0 **IIA :** pT2-T3 N0 M0 **II B :** pT1-T2 N1 M0 **III :** pT3N1 ou pT4 Nx M0 **IV :** T x Nx M1

Fiche de synthèse du cas clinique 39

Causes à rechercher devant une pancréatite aiguë étiquetée non alcoolique et non biliaire (« non A non B »)

Rechercher une cause :

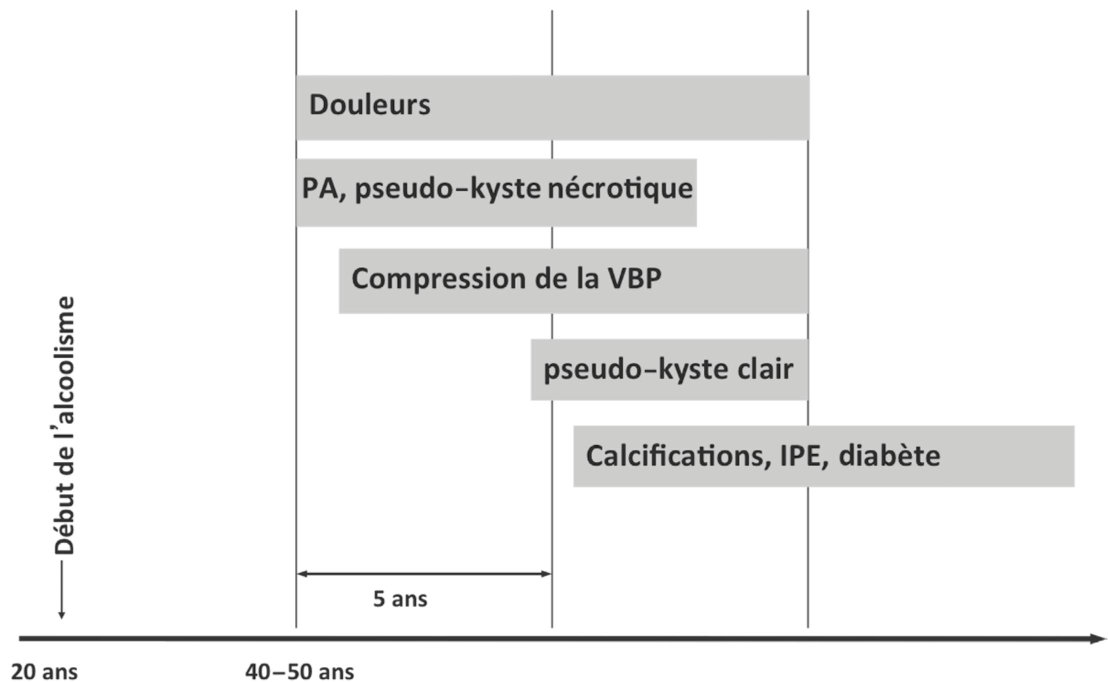
- à nouveau **alcoolique** (interrogatoire, VGM, GGT, CDT) ;
- à nouveau **biliaire** (écho-endoscopie digestive haute) ;
- **tumorale** bénigne ou maligne, surtout une tumeur intracanalaire papillaire et mucineuse du pancréas (TIPMP) plus qu'un cancer (TDM, IRM, écho-endoscopie digestive haute) ;
- **médicamenteuse** : imputabilité (interrogatoire, registre Pancréatox) ;
- **génétique** : mucoviscidose/*CFTR*, *PRSS1*, *SPINK1* ;
- **auto-immune** : pancréatite auto-immune, lupus, vascularite, MICI ;
- **post-traumatique** ;
- **post-interventionnelle** : CPRE, chirurgie, radique ;
- **ischémique** ;
- **infectieuse** : oreillons, CMV, VIH, parasitoses ;
- **idiopathique** (diagnostic d'élimination).

Fiche de synthèse du cas clinique 40

Évolution et complications de la pancréatite chronique

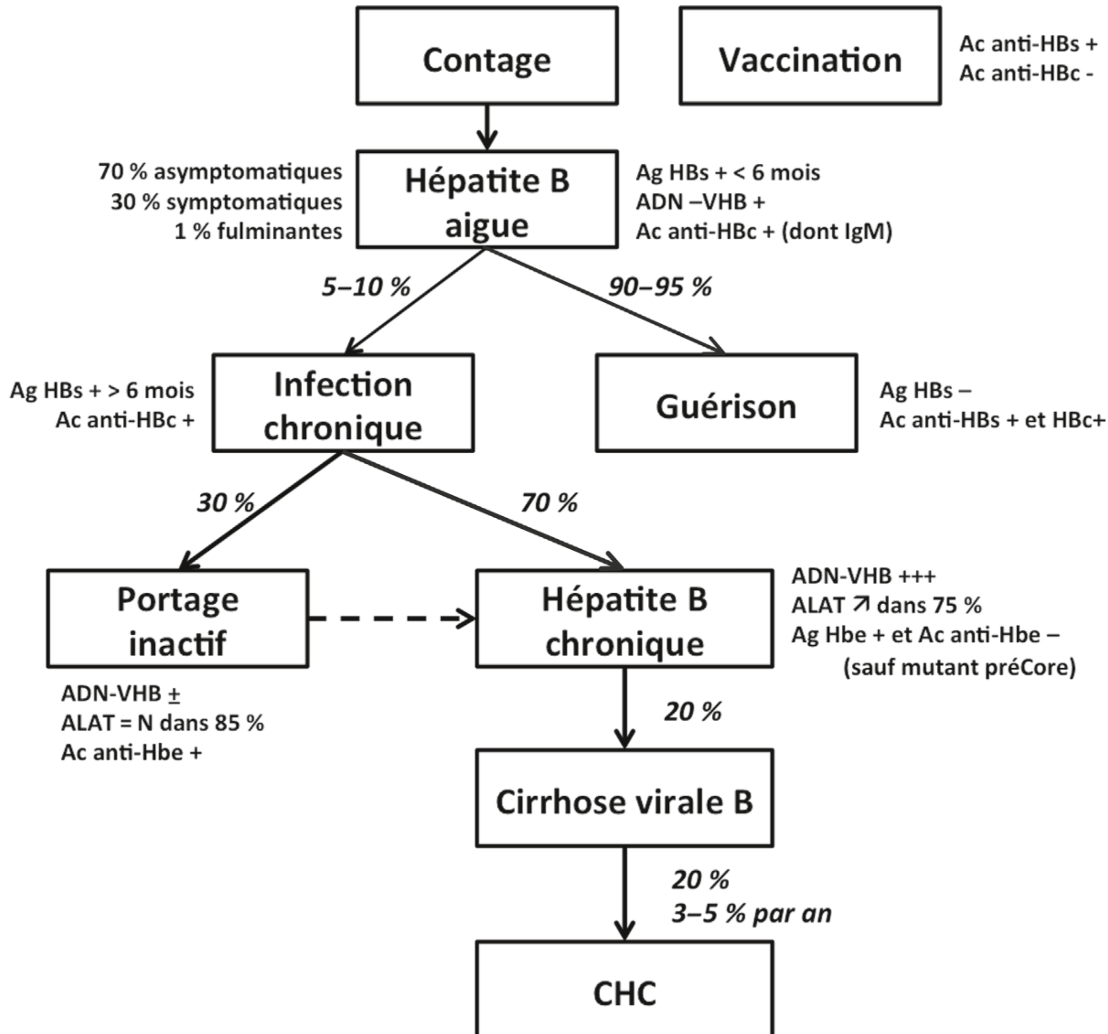
Autres complications possibles :

- risque de dégénérescence en adénocarcinome pancréatique ;
- compression duodénale ;
- thrombose veineuse mésentérique ou portale, hypertension portale segmentaire (par compression et/ou thrombose) ;
- épanchement des séreuses (péritoine, plèvre, péricarde) ;
- syndrome de Weber-Christian (lésions inflammatoires nodulaires sous-cutanées de cystostéatonécrose dermique, liées à une fistule pancréatico-portale) ;
- pseudo-anévrysme ;
- wirsungorragie ;
- complications spléniques (pseudo-kyste, hématome, rupture).



Fiche de synthèse du cas clinique 41

Histoire naturelle du VHB



Fiche de synthèse du cas clinique 42

Traitement du VHC

	Interféron pégylé alpha	Ribavirine
Contre-indications	– Cirrhose décompensée – Troubles psychiatriques – Épilepsie non contrôlée – Grossesse – Neutropénie, thrombopénie – Insuffisance rénale ou cardiaque – Affection auto-immune – Allergie	– Grossesse et allaitement – Anémie – Insuffisance rénale – Insuffisance cardiaque/ coronaropathie – Allergie
Effets indésirables	– Asthénie, syndrome pseudo-grippal (prévention/traitement par paracétamol < 3 g/jour) – Troubles neuropsychiatriques (syndrome dépressif) – Dysthyroïdie – Neutropénie, thrombopénie – Troubles du rythme cardiaque – Autres : pneumopathie interstitielle, rétinopathie, alopécie/ sécheresse cutanéomuqueuse	– Anémie hémolytique – Tératogène (contraception poursuivie 4 mois après l'arrêt du traitement chez une femme et 7 mois chez un homme) – Hyperuricémie
Mode d'administration	Sous-cutanée	*Per os*
Facteurs prédictifs de réponse	– Sexe féminin – Âge < 40 ans – Génotype 2 ou 3 – Charge virale faible – Fibrose modérée – Bonne compliance envisageable – Réponse précoce : charge virale abaissée (> 2 log) à S12 (et ± à S24) si génotype 1, 4, 5 ou 6	
Objectifs du traitement	– Réponse virale (PCR-ARN négative) persistant 6 mois après la fin du traitement – Normalisation des transaminases – Stabilisation voire régression des lésions histologiques – Diminution de la fréquence des complications (cirrhose, CHC) – Diminution des manifestations extra-hépatiques – Diminution de la mortalité	
Indications	**Infection au VHC de génotype 2 ou 3 :** hépatite chronique quelle que soit l'intensité des lésions histologiques → durée initiale de traitement **24 semaines** **Infection au VHC de génotype 1, 4, 5, ou 6 :** – hépatite chronique avec lésions histologiques modérées à sévères (≥ A2F2) – profession exposée ou femme en âge de procréer ayant un projet de grossesse – patient VIH sans indication urgente de traitement antirétroviral – manifestations extra-hépatiques → durée initiale de traitement **48 semaines** (réévaluation à S12 et S24)	

Fiche de synthèse du cas clinique 43

Démarche diagnostique face à des métastases hépatiques de primitif inconnu

Échographie-Doppler hépatique

Nodule(s) hypoéchogène(s)+++,
ou hyperéchogène(s) atypique(s) (hétérogènes)



Scanner thoraco-abdomino-pelvien injecté
± IRM abdominale

- caractéristiques des lésions hépatiques (nombre, morphologie, localisation, compression/refoulement/invasion des structures vasculaires et biliaires, densité/intensité,rehaussement après injection)
- tumeur primitive visible
- bilan d'extension (autres localisations secondaires)

+

Examen clinique +++

- interrogatoire (signes fonctionnels, notamment digestifs)
- examen dermatologique
- palpation thyroïdienne, mammaire et testiculaire
- touchers pelviens (TV et TR)



Orientation diagnostique :
examens orientés



Pas d'orientation diagnostique évidente

Ponction-biopsie de la lésion
(guidée sous échographie ou TDM)

Examen anatomo-pathologique :
- histologie
- immuno-histochimie +++



Explorations complémentaires

Recherche du primitif, guidée par l'anatomopathologie.
Si carcinome indifférencié, avec IHC non contributive :
αFP, coloscopie + EOGD,
+ mammographie/échographie pelvienne (femme)
ou PSA/béta-HCG (homme)

Fiche de synthèse de cas clinique 44

Douleurs abdominales aiguës médicales non systématisées

Causes	Étiologies
Endocriniennes	– Insuffisance surrénalienne aiguë : douleurs intenses, diffuses, associées à des signes généraux (fièvre, hypotension) mais abdomen souple et TR indolore – Hypercalcémie : possible tableau abdominal pseudo-chirurgical – Acidocétose diabétique – Hyperthyroïdie – Hypertriglycéridémie : douleurs non systématisées, pancréatite aiguë
D'origine génétique	– Maladie périodique : douleurs abdominales intenses, diffuses s'accompagnant de fièvre, de vomissements et d'iléus. Défense voire contracture abdominale fréquente – Porphyrie aiguë intermittente – Maladie sérique – Œdème angioneurotique – Drépanocytose
Médicales diverses	– Purpura rhumatoïde : douleurs abdominales aiguës d'évolution spontanément favorable – Intoxication au plomb : coliques paroxystiques associées à des vomissements

Fiche de synthèse du cas clinique 45

Parasitoses digestives

	Physiopathologie, clinique	Explorations	Traitement
Lambliase = giardiase	– Péril fécal, zones tropicales – Asymptomatique – Diarrhée aqueuse, vomissements	EPS : kystes ou trophozoïtes	Métronidazole, 5 jours
Ténia	– Viande mal cuite (larves) de bœuf *(T. saginata)* ou du porc *(T. solium)* – Souvent asymptomatique, anneaux dans les sous-vêtements *(T. saginata)* – Douleur abdominale, vomissements, urticaire	– Anneaux dans les selles – Scotch-test, sérologie ± hyperéosinophilie	Praziquantel, dose unique
Ascaridiose	– 25 % population mondiale – Péril fécal, zones tropicales – Migration au foie, poumon, tube digestif – Asymptomatique, syndrome de Loeffler – Signes digestifs, dénutrition, ictère, pancréatite, péritonite, occlusion	– Hyperéosinophilie (phase d'invasion) – Œufs dans les selles 2 mois après la contamination	Albendazole ou flubendazole, dose unique
Oxyurose	– Péril fécal (ponte nocturne/marge anale) – Prurit anal nocturne, vulvo-vaginite – Réinfestations fréquentes	– Hyperéosinophilie – Scotch-test	Albendazole ou flubendazole, 2 doses uniques
Amibiase	– Péril fécal, envahissement colique, migration possible au foie – Diarrhée simple – Syndrome dysentérique, risques de perforation et hémorragie digestives – Si hépatique : hépatomégalie douloureuse fébrile, ± ictère	– EPS : kystes – Sérologie négative – Rectoscopie ulcérations, biopsies (amibes) – Si hépatique : CRP, sérologie, échographie	– Métronidazole 12 j, puis intétrix 10 j – chirurgie si amibiase hépatique à risque de rupture
Hydatidose	– aliments souillés (déjections canines) – migration au foie puis poumon – le plus souvent asymptomatique – **Hydatidose hépatique (60 %)** • masse hépatique lisse, régulière, tendue, sensible et mate à la percussion • douleurs, prurit, colique hépatique, ictère, angiocholite, rupture, compression – **Hydatidose pulmonaire (30 %) :** • rupture bronchique, hémoptysie, infection	– **PBH CI +++** – Hyper-Eo, hyper-PNN – Sérologie positive – Échographie hépatique, TDM TAP	Exérèse du kyste sans effraction

This page intentionally left blank

CHAPITRE 5

QCM corrigés

QCM 1

Réponse : B, D, E, F

QCM 2

Réponse : A, E

QCM 3

Réponse : A, B, E

QCM 4

Réponse : A

Le syndrome de Gayet-Wernicke est lié à une carence en vitamine B_1. La polyneuropathie liée à l'éthylisme chronique est classiquement de type polynévrite distale bilatérale ascendante prédominant aux membres inférieurs.

QCM 5

Réponse : B

L'intervention brève (évaluation de la consommation d'alcool, de l'alcoolo-dépendance et des éventuelles conséquences somatiques ; information sur les risques en rapport ; proposition d'objectifs de modération ; évaluation de la motivation) s'adresse aux consommateurs à risque, dont environ 30 % modifient leur consommation au décours. La probabilité d'abstinence durable après une première tentative de sevrage est inférieure à 30 %.

QCM 6

Réponse : B, C, D, F, G

Les seuils de dénutrition sont différents selon l'âge : inférieur à 70 ans (IMC < 17/kg/m² et/ou albumine < 30 g/L) ou supérieur à 70 ans (IMC < 21 et/ou albumine < 35). Le MNA inclut deux parties : dépistage et évaluation de la dénutrition.

QCM 7

Réponse : A, B, C, D, F, G

QCM 8

Réponse : C, F, G

En cas de dénutrition modérée, si les apports sont diminués et inférieurs à la moitié des apports habituels : alimentation enrichie et compléments nutritionnels oraux en première intention, nutrition entérale si échec à une semaine. En cas de dénutrition avérée : nutrition entérale d'emblée (HAS 2007). Du fait de la demi-vie de l'albumine (14 jours environ), son dosage hebdomadaire est inutile. (dosage du plus 1 fois par mois) En revanche, le taux de préalbumine (demi-vie 48 h) augmente dès le 5e jour d'une renutrition efficace. La surveillance pondérale est hebdomadaire.

QCM 9

Réponse : A, D

Le syndrome hémolytique et urémique est dû à *Escherichia coli* entéro-hémorragique.

QCM 10

Réponse : B, E

QCM 11

Réponse : C

QCM 12

Réponse : B

La réalimentation dans ce contexte doit être progressive pour éviter un *refeeding syndrome* (dont le risque d'hypokaliémie et d'hypophosphorémie lié à la sécrétion brutale et importante d'insuline). Le syndrome de Gayet-Wernicke se prévient par administration de vitamine B_1. La carence en vitamine B_{12} s'installe beaucoup plus longtemps que la carence en folates (plusieurs mois) du fait de stocks plus importants dans l'organisme.

QCM 13

Réponse : C, D, E, F

Hépato-gastroentérologie

QCM 14

Réponse : A, C, D, E, G

QCM 15

Réponse : A, B, D

Dans les zones de haute prévalence (Asie du Sud-Est, Afrique subsaharienne, Chine et Amazonie), la contamination a généralement lieu à la naissance (transmission verticale) ou dans la 1re année de vie. Le dépistage de l'Ag-HBs est obligatoire chez les femmes enceintes au 6e mois de grossesse.

L'anticorps anti-HBs signe une immunisation (guérison ou vaccination) contre le VHB. L'anticorps Ag-HBs signe un contact avec le virus.

QCM 16

Réponse : E

Le passage à la chronicité dans l'hépatite B survient dans 5 à 10 % des cas. La disparition spontanée de lAg-HBs au cours de l'hépatite B chronique est rare et tardive (environ 1% par an). Le stade de cirrhose n'est pas nécessaire au développement d'un carcinome hépatocellulaire. Un traitement préemptif n'est pas nécessaire chez les malades ayant une hépatite B guérie, mais ils doivent néanmoins être surveillés (PCR VHB).

QCM 17

Réponse : A, B

QCM 18

Réponse : B, C

QCM 19

Réponse : D, E

QCM 20

Réponse : D, F, G

QCM 21

Réponse : E

QCM 22

Réponse : B, C, D, E

Le diagnostic de giardiose repose sur la mise en évidence de trophozoïtes à l'examen parasitologique des selles, ou dans la forme chronique sur la biopsie duodénale.

QCM 23

Réponse : A, B, D

QCM 24

Réponse : B, C, E

QCM 25

Réponse : A, D

La proposition C s'applique à l'anguillulose.

QCM 26

Réponse : A, B, C, E

QCM 27

Réponse : C, D, E

Les causes sont majoritairement bactériennes.

Le traitement repose essentiellement sur une réhydratation contenant du glucose et du sodium.

QCM 28

Réponse : B, C, D, E

QCM 29

Réponse : A, B, C, D

QCM 30

Réponse : A, F

Les granulomes épithélioïdes et gigantocellulaires ne sont présents que dans 30% des cas.

QCM 31

Réponse : C

Il n'y a pas lésions ano-périnéales dans la rectocolite hémorragique.

QCM 32

Réponse : A, B, C, D, E

QCM 33

Réponse : A, B, C, D, E, F, G

Critères pris en compte dans le score de Truelove et Witts.

QCM 34

Réponse : A, B, C, D, E

QCM 35

Réponse : B, D
L'incidence est d'environ 38 000/an. Le risque faible n'existe pas. Le dépistage diminue la mortalité et non l'incidence.

QCM 36

Réponse : B, C, D, E, F
L'Hemoccult® est réservée au dépistage de masse des sujets à risque moyen.

QCM 37

Réponse : A, D

QCM 38

Réponse : A, B
Seuls les cancers du haut rectum sont assimilés pour le traitement à des cancers du côlon.

QCM 39

Réponse : C, D, F
Les critères d'Amsterdam permettent d'orienter le dépistage génétique du syndrome de Lynch. L'endomètre appartient au spectre des cancers du syndrome de Lynch.

QCM 40

Réponse : A, B, C, D, E

QCM 41

Réponse : C, D, E

QCM 42

Réponse : A, B, C

QCM 43

Réponse : A, C, D, E

QCM 44

Réponse : B, D

QCM 45

Réponse : D

QCM 46

Réponse : B, D

QCM 47

Réponse : B, C
Les pseudo-kystes peuvent communiquer avec les canaux pancréatiques (sont alors visualisables lors de l'opacification rétrograde des canaux pancréatiques).

QCM 48

Réponse : C

QCM 49

Réponse : C, E

QCM 50

Réponse : A, B, C, F, G

QCM 51

Réponse : B
La survie à 5 ans est d'environ 20 % chez les malades opérés. Moins de 15 % des malades ont une tumeur résécable au moment du diagnostic.

QCM 52

Réponse : A, B, C, E, F

QCM 53

Réponse : A, B, D, E

QCM 54

Réponse : D

QCM 55

Réponse : A, D
Un kyste biliaire ne nécessite aucune surveillance.

QCM 56

Réponse : B
Un hémangiome ou une HNF typique à l'imagerie ne doivent pas être biopsiés.

QCM 57

Réponse : B, C, E

QCM 58

Réponse : D, E
La vascularisation essentiellement artérielle hépatique d'un carcinome hépatocellulaire explique ses caractéristiques à l'imagerie de contraste : hypervascularisation au temps artériel et *wash out* au temps portal. Au cours d'une cirrhose, l'incidence annuelle du carcinome hépatocellulaire est de 2 à 5 %.

QCM 59

Réponse : C, E
Les critères de Barcelone (pour le diagnostic radiologique de CHC sans preuve histologique) ne sont applicables que si l'existence d'une cirrhose est certaine.

QCM 60

Réponse : D, E

QCM 61

Réponse : C, E
La diarrhée aiguë évolue depuis moins de 2 semaines. Les diarrhées bénignes régressent spontanément dans la majorité des cas.

QCM 62

Réponse : A, B, C, D, E, F
La diarrhée communautaire est une indication à réaliser une coproculture si elle évolue depuis au moins 3 jours.

QCM 63

Réponse : B, D, E, F

QCM 64

Réponse : A, D

QCM 65

Réponse : A, C, D

QCM 66

Réponse : A, C, D
La chimio-embolisation et la chimiothérapie sont des traitements palliatifs.

QCM 67

Réponse : A, B, C, D

QCM 68

Réponse : A, D

QCM 69

Réponse : C, E

QCM 70

Réponse : B, C, D, E
Un saignement abondant en amont de l'angle de Treitz peut se manifester par des rectorragies.

QCM 71

Réponse : B, C

QCM 72

Réponse : B, C, E, F
Attention : l'hémoglobinémie et l'hématocrite peuvent sous-estimer initialement l'abondance de l'hémorragie (hémoconcentration).

QCM 73

Réponse : A, C, F

QCM 74

Réponse : B, C, E

QCM 75

Réponse : A, C, D, E
La thrombose porte peut être une cause de rupture de varice œsophagienne.

QCM 76

Réponse : B, C, D

QCM 77

Réponse : B, E

QCM 78

Réponse : A, B, D
L'hyperpéristaltisme est plutôt associé aux mécanismes obstructifs.

QCM 79

Réponse : A, B, D

QCM 80

Réponse : B

QCM 81

Réponse : A, B, D, E

QCM 82

Réponse : A, D

QCM 83

Réponse : C, E

QCM 84

Réponse : A, B, C, D, E, F, G

QCM 85

Réponse : B, E, F

QCM 86

Réponse : A, B, C, D, E

QCM 87

Réponse : A, B, D, E, G

QCM 88

Réponse : B, D, E

QCM 89

Réponse : D, E

QCM 90

Réponse : A, B, D

QCM 91

Réponse : B, D, E, F

QCM 92

Réponse : A, B
Les aminosides sont contre-indiqués en cas d'insuffisance hépatique (ou rénale).

QCM 93

Réponse : A, C

QCM 94

Réponse : A, C, D, E, F

QCM 95

Réponse : B

QCM 96

Réponse : B, C, D, E

QCM 97

Réponse : A, B, C, E

QCM 98

Réponse : A
Les principales autres causes d'hyperferritinémie sont la cytolyse (hépatique ou musculaire), le syndrome inflammatoire et l'alcoolisme chronique.

QCM 99

Réponse : B, C, D, E

QCM 100

Réponse : B, C, D, E, F

QCM 101

Réponse : B

QCM 102

Réponse : B, C, D, E, F

QCM 103

Réponse : A, B, D

QCM 104

Réponse : A, B, C, D
D : exemples : méthotrexate, cordarone

QCM 105

Réponse : A, B, C, D, E, F

QCM 106

Réponse : A

QCM 107

Réponse : A, B
Seules les hépatites auto-immunes sont cortico-sensibles (le traitement des autres repose sur l'acide urso-désoxycholique).

QCM 108

Réponse : A, B, C, D

QCM 109

Réponse : A, B, C, E

QCM 110

Réponse : A, E

QCM 111

Réponse : A, B, D, E
Toute cause de dysautonomie peut entraîner une constipation.
Les hypokaliémie et hypercalcémie peuvent se manifester par une constipation.

QCM 112

Réponse : A, B, C, D, E

QCM 113

Réponse : B, C, D, E

QCM 114

Réponse : C, D
Les critères cliniques définissant la constipation chronique sont les critères de Rome III.

QCM 115

Réponse : E

QCM 116

Réponse : A, C

QCM 117

Réponse : A, B
Le fécalome est la conséquence de la dyschésie.

QCM 118

Réponse : A, E

QCM 119

Réponse : A, C, D

QCM 120

Réponse : A, B, D, E

QCM 121

Réponse : A

QCM 122

Réponse : D

QCM 123

Réponse : B, C, E

QCM 124

Réponse : A, B

QCM 125

Réponse : A, C, D

QCM 126

Réponse : D, E

QCM 127

Réponse : D

QCM 128

Réponse : A, B, E

QCM 129

Réponse : B, C, D

QCM 130

Réponse : A, B, D

QCM 131
Réponse : B, C
Le contenu vésiculaire hyperéchogène traduit juste la présence de calculs.

QCM 132
Réponse : A, C, D, E, F, G

QCM 133
Réponse : C, D, E

QCM 134
Réponse : B, D, E

QCM 135
Réponse : A, C, D, F

QCM 136
Réponse : A, B, C, D, E

QCM 137
Réponse : A, D, E

QCM 138
Réponse : B, D

QCM 139
Réponse : B, E

QCM 140
Réponse : C, D, E

QCM 141
Réponse : A, D
Les hémorroïdes internes se manifestent principalement par des rectorragies et les hémorroïdes externes par un phénomène de congestion/thrombose.

QCM 142
Réponse : A, B, C
La thrombose œdémateuse est une contre-indication à l'excision car la plaie sera aussi douloureuse que la thrombose et le geste peu efficace.

QCM 143
Réponse : A, C

QCM 144
Réponse : B, C, E

QCM 145
Réponse : A, C, D

QCM 146
Réponse : A, C

QCM 147
Réponse : B, C, D
L'endoscopie digestive haute est contre-indiquée en cas de suspicion d'ulcère perforé.

QCM 148
Réponse : B, E

QCM 149
Réponse : A, C, D, E

QCM 150
Réponse : A, B, D

QCM 151
Réponse : A, C, E, F, G, H

QCM 152
Réponse : E

QCM 153
Réponse : A, D
Le reflux gastro-œsophagien est favorisé par des relaxations inappropriées du sphincter inférieur de l'œsophage.

QCM 154
Réponse : C, D, F, G

QCM 155
Réponse : E

QCM 156
Réponse : B, C, E

QCM 157
Réponse : A, D
Il est recommandé de réaliser une endoscopie œso-gastroduodénale chez tout sujet de plus de 45 ans présentant des symptômes de reflux gastro-œsophagien ou quel que soit l'âge en cas de signe d'alarme (dysphagie, amaigrissement anémie).

QCM 158
Réponse : B

QCM 159
Réponse : A, C, D, E
En théorie, il faut dépister et éradiquer *Helicobacter pylori* avant toute anti-agrégation plaquettaire au long cours. Environ un tiers des ulcères gastroduodénaux sont attribuables à la prise d'aspirine ou d'AINS (anti-inflammatoires nonstéroïdiens).

QCM 160
Réponse : B, D, E, F

QCM 161
Réponse : A

QCM 162
Réponse : A, B, E

QCM 163
Réponse : A, C, D, E

QCM 164
Réponse : B, D

QCM 165
Réponse : A, B, C, F
La gastrite auto-immune expose à un risque de carence en vitamine B_{12}.

QCM 166
Réponse : B, D, E

QCM 167
Réponse : A, B, E

QCM 168
Réponse : A

QCM 169
Réponse : B, C, D

QCM 170
Réponse : C

QCM 171
Réponse : B, C

QCM 172
Réponse : A, C, D

QCM 173
Réponse : A, B, E

QCM 174
Réponse : A, B, D, E

QCM 175
Réponse : A, D, E

QCM 176
Réponse : C
La carence martiale peut s'accompagner d'une hyperplaquettose.

QCM 177
Réponse : B, C, D

QCM 178
Réponse : A, C
Une stéatorrhée modérée peut également se rencontrer dans les diarrhées motrices. Dans le cas des diarrhées par malabsorption, la stéatorrhée est classiquement supérieure à 14 g/24 h. Les anticorps à chercher en première intention sont les IgA anti-transglutaminase sauf si contexte de déficit en IgA.

QCM 179
Réponse : A, B, C, D, E
La pullulation bactérienne du grêle et l'insuffisance pancréatique exocrine, de même que la cholestase chronique s'accompagnent d'une maldigestion, responsable d'une malabsorption pré-entérocytaire (la capacité d'absorption intestinale est normale).

QCM 180
Réponse : A, B, C, D

QCM 181
Réponse : B, E

QCM 182
Réponse : A
Une augmentation de la clairance de l'alpha 1 antitrypsine oriente vers une entéropathie exsudative. La pullulation microbienne du grêle se recherche par un test respiratoire au glucose. Le teste au rouge carmin permet de documenter une diarrhée motrice.

QCM 183
Réponse : B, C, D
La diarrhée liée au carcinome médullaire de la thyroïde (sécrétion de thyrocalcitonine) ou au syndrome carcinoïde a surtout une composante motrice.

QCM 184
Réponse : A, B, C, D

QCM 185
Réponse : A, E

QCM 186
Réponse : A, C

QCM 187
Réponse : B, C

QCM 188
Réponse : A, C, E

QCM 189
Réponse : A, C, D

QCM 190
Réponse : D

QCM 191
Réponse : A, B, D
B est privilégié chez le sujet âgé.

QCM 192
Réponse : A, D

QCM 193
Réponse : A, C, D, E

QCM 194
Réponse : D

QCM 195
Réponse : B, C, E

QCM 196
Réponse : B, C, D

QCM 197
Réponse : A, C, E

QCM 198
Réponse : C

QCM 199
Réponse : E

QCM 200
Réponse : B, D, E

This page intentionally left blank

CHAPITRE
6
Tests de concordance de script (TCS) : corrigé

TCS 1

	−2	−1	0	+1	+2
Question 1A			6	1	3
Question 1B	8	2			
Question 2A				9	1
Question 2B		4	6		
Question 2C			8	2	
Question 2D				7	3
Question 3A	10				
Question 3B	2	6	2		
Question 3C				1	9
Question 4A				8	2
Question 4B	6	4			
Question 4C	1	5	4		

TCS 2

	−2	−1	0	+1	+2
Question 1A			1	7	2
Question 1B				4	6
Question 1C		2	6	2	
Question 2A		4	6		
Question 2B				2	8
Question 2C				1	9
Question 3A		2	7	1	
Question 3B			4	5	1
Question 3C					10

TCS 3

	−2	−1	0	+1	+2
Question 1A		1	2	7	
Question 1B	4	6			
Question 1C			2	8	
Question 2A	7	3			
Question 2B				1	9
Question 2C			6	3	1
Question 3A	7	3			
Question 3B		6	4		
Question 4A	8	2			
Question 4B		2	8		
Question 4C	10				

TCS 4

	−2	−1	0	+1	+2
Question 1A				2	8
Question 1B		3	7		
Question 1C			4	6	
Question 1D			2	8	
Question 2A	6	4			
Question 2B				3	7
Question 2C		2	8		
Question 3A		5	2	3	
Question 3B				2	8

TCS 5

	−2	−1	0	+1	+2
Question 1A			1	2	7
Question 1B			5	4	1
Question 2A		2	8		
Question 2B				2	8
Question 2C	3	7			
Question 2D			1	9	
Question 3A		1	9		
Question 3B					10

	−2	−1	0	+1	+2
Question 3C	5	4	1		
Question 3D			2	7	1
Question 4A				6	4
Question 4B				3	7
Question 4C		2	8		

TCS 6

	−2	−1	0	+1	+2
Question 1A			1	6	3
Question 1B			3	6	1
Question 1C		6	4		
Question 2A			1	5	4
Question 2B	10				
Question 3A				2	8
Question 3B	1	5	4		
Question 3C				1	9

TCS 7

	−2	−1	0	+1	+2
Question 1A	1	7	2		
Question 1B		7	3		
Question 1C			2	7	1
Question 1D		7	3		
Question 2A	3	5	2		
Question 2B	7	3			
Question 2C			2	3	5
Question 3A	9	1			
Question 3B			1	3	6
Question 3C	2	5	3		
Question 3D				4	6
Question 4A	2	8			
Question 4B			1	3	6
Question 4C			5	4	1

TCS 8

	−2	−1	0	+1	+2
Question 1A				7	3
Question 1B	3	5	2		
Question 1C		3	7		
Question 1D	5	4	1		
Question 2A	10				
Question 2B	3	5	2		
Question 2C	2	7	1		
Question 2D				3	7
Question 3A		6	4		
Question 3B		7	3		
Question 3C	1	5	4		
Question 3D	6	3	1		
Question 3E				1	9
Question 4A	6	3	1		
Question 4B	7	3			
Question 4C				9	1
Question 4D	9	1			

TCS 9

	−2	−1	0	+1	+2
Question 1A	4	6			
Question 1B				7	3
Question 1C				8	2
Question 1D	1	7	2		
Question 1E	6	4			
Question 2A	10				
Question 2B	9	1			
Question 2C	8	2			
Question 2D				2	8
Question 3A				7	3
Question 3B				4	6

TCS 10

	−2	−1	0	+1	+2
Question 1A		6	4		
Question 1B			2	3	5
Question 1C			4	6	
Question 2A	1	7	2		
Question 2B	7	3			
Question 2C	4	6			
Question 3A				4	6
Question 3B	7	3			

472481 – (I) – (3,5) – CMM90 – PMS 485

Elsevier Masson S.A.S
62, rue Camille-Desmoulins,
92442 Issy-les-Moulineaux Cedex
Dépôt Légal : octobre 2014

Composition : SPI

Imprimé en Pologne par Dimograf